

**Evaluation
de dispositif de santé**

**EVALUATION DES DISPOSITIFS
BENEVOLES DE VEILLE, DE REPERAGE,
D'ECOUTE ET D'ORIENTATION DES
PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE
AVEC COMPORTEMENTS SUICIDAIRES**

Rapport final

**Direction de l'Efficienc e de l'Offre
Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs**

- JANVIER 2014 -

Rapport réalisé par :



Evaluation pilotée par :

Dr Jean-Paul BOULE, Mme Claude PICHON

Agence régionale de santé PAYS DE LA LOIRE
17 Boulevard Gaston Doumergue – 44262 NANTES Cedex 2
Tel 02 49 10 40 00
www.ars.paysdelaloire.sante.fr

Evaluation réalisée par :

Elise PICON, Dénali MARTHINET, Béatrice MINET, Romain SEIGNEUR

Rapport relu par le Dr Nadine SANNINO, médecin de santé publique, gérante du Cabinet EFECT et par Mme Stéphanie PIN, responsable du pôle « Population et cycle de vie » à l'INPES

ITINERE CONSEIL
34, rue Jean BROQUIN – 69006 LYON
Tel 04 37 24 24 10
Fax 04 37 24 36 03
www.itinere-conseil.com

SOMMAIRE

Synthèse	4
I. Rappel de la mission et de ses finalités	11
1.1. LA DEMANDE D'INTERVENTION	11
1.2. LA METHODE DEPLOYEE ET LES ETAPES DE LA DEMARCHE	13
1.3. LE CONTENU ET LES LIMITES DU DOCUMENT.....	16
II. Contexte de la prévention du suicide en Pays de la Loire	19
2.1. LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE DANS LES PAYS DE LA LOIRE, UNE SITUATION DEFAVORABLE PAR RAPPORT A LA MOYENNE NATIONALE.....	19
2.2. LES ORIENTATIONS DU PROJET REGIONAL DE SANTE ET DU PROGRAMME NATIONAL D'ACTION CONTRE LE SUICIDE : UN ACCENT MIS SUR LA PREVENTION	21
2.3. LA PREVENTION DES RISQUES SUICIDAIRES SUR LE TERRITOIRE : DE POSSIBLES AMELIORATIONS MISES EN EVIDENCE EN 2012 PAR L'EVALUATION DE LA POLITIQUE REGIONALE DE LUTTE CONTRE LE SUICIDE	24
III. Etat des lieux des dispositifs bénévoles de prévention du suicide dans les Pays de la Loire	28
3.1. DES PORTEURS DES DISPOSITIFS BENEVOLES TRES DIVERSIFIES	28
3.2. DES INITIATIVES BASEES SUR L'IDENTIFICATION LOCALE D'UN BESOIN SANS REFERENCE A LA STRATEGIE REGIONALE DE PREVENTION DU SUICIDE	31
3.3. AUX COTES DE L'ACTIVITE CENTRALE D'ECOUTE, D'AUTRES TYPES D'INTERVENTION INDIVIDUELLE OU COLLECTIVE	35
3.4. LES RESSOURCES DES DISPOSITIFS BENEVOLES : DES MOYENS FRAGILES	42
3.5. UNE FAIBLE CONNAISSANCE PAR LES DISPOSITIFS BENEVOLES DE LEURS BENEFICIAIRES	49
IV. Inscription des dispositifs bénévoles dans les systèmes d'acteurs	51
4.1. MALGRE DES EFFORTS DE COMMUNICATION, DES DISPOSITIFS BENEVOLES TRES LARGEMENT MECONNUS, ET QUI SUSCITENT DES AVIS DIVERGENTS	51
4.2. DES MODALITES DE TRAVAIL PARTENARIAL TRES REDUITES.....	53
4.3. UNE PLACE QUE BENEVOLES ET PROFESSIONNELS SOUHAITENT LIMITEE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE AVEC COMPORTEMENTS SUICIDAIRES	63
V. Reponses aux questions évaluatives	70
5.1. UNE CONTRIBUTION DES DISPOSITIFS BENEVOLES A L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SUICIDAIRES A ETAYER	70
5.2. LES FACTEURS CLES DE SUCCES ET D'ECHEC DANS LA CREATION, LE FONCTIONNEMENT ET L'ACTION DES DISPOSITIFS BENEVOLES.....	72
5.3. L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS BENEVOLES ENTRE EUX ET AVEC LES ACTEURS PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SECTEUR SOCIAL	74
5.4. UNE PLUS-VALUE DES DISPOSITIFS BENEVOLES QUI S'EXPRIME EN DEHORS DES PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE AVEC COMPORTEMENTS SUICIDAIRES.....	76

VI. RECOMMANDATIONS	80
6.1. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER LE POSITIONNEMENT DES DISPOSITIFS BENEVOLES.....	81
6.2. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER L'INTERVENTION DES BENEVOLES.....	87
6.3. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER LA COMPLEMENTARITE DES DISPOSITIFS BENEVOLES ENTRE EUX ET AVEC LES PROFESSIONNELS.....	90
VII. ANNEXES	93
7.1. GLOSSAIRE.....	93
7.2. REFERENTIEL DE L'EVALUATION.....	94
7.3. CARTES RELATIVES A LA MORTALITE PAR SUICIDE REALISEES PAR LE DEPARTEMENT OBSERVATION ET ANALYSES DE L'ARS ET PAR L'ORS.....	98
7.4. FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE LES PLUS SIGNIFICATIFS LISTES PAR LA CONFERENCE DE CONSENSUS « LA CRISE SUICIDAIRE : RECONNAITRE ET PRENDRE EN CHARGE ».....	103
7.5. LISTE DES PERSONNES SOLLICITEES.....	104
7.6. LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES.....	108

SYNTHESE

L'évaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires fait suite à l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide réalisée en 2012 : cette dernière recommandait, en effet, de « *mieux définir le positionnement, les complémentarités et les compétences des bénévoles associatifs par rapport aux professionnels de santé* ».

L'évaluation doit ainsi répondre à **quatre questions évaluatives** :

1. Quels sont les facteurs clés de succès et d'échec dans la création, le fonctionnement et l'action des dispositifs bénévoles au bénéfice d'une amélioration de la prise en charge des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires ?
2. Quelle est la valeur ajoutée de ces dispositifs bénévoles dans les parcours d'accompagnement des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires ?
3. Dans quelle mesure les dispositifs bénévoles sont-ils articulés entre eux et avec les professionnels de santé (médecine générale et médecine spécialisée) et du social ?
4. Quels sont les leviers pour améliorer les complémentarités des dispositifs bénévoles entre eux et avec les professionnels de santé et du social dans le cadre d'une logique territoriale ?

La réponse à ces questions s'est appuyée, d'une part, sur la réalisation d'un état des lieux de l'activité des équipes de bénévoles et de leurs ressources (à partir d'un entretien avec vingt responsables de structures bénévoles réparties sur l'ensemble de la région) et, d'autre part, sur la conduite d'investigations qualitatives dans huit territoires ligériens, ayant permis de rencontrer des acteurs locaux (institutionnels, professionnels de santé et professionnels du secteur social). Les différents modes de collecte de l'information ont permis d'identifier les positions fortes vis-à-vis des dispositifs bénévoles, ainsi que les spécificités territoriales ou liées à certaines modalités d'action. Les constats et conclusions formalisés dans le rapport d'évaluation peuvent donc être considérés comme étayés.

Les **principaux constats** sur les caractéristiques des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation sont les suivants :

- Les bénévoles interviennent très majoritairement au sein de structures associatives ;
- 9 structures sur les 20 sollicitées correspondent à une déclinaison locale d'une association ou d'une fédération nationale (SOS Amitié, Familles Rurales, Solidarité Paysans 53, UNAFAM et UNPS). Elles sont autonomes par rapport au niveau national et déploient leur activité en lien avec les besoins repérés localement.
- Les équipes sont de taille très variable : entre 3 et 200 bénévoles. La moyenne s'établit à une trentaine de personnes.

- Le renouvellement des effectifs est problématique pour une majorité de structures, d'autant que certains bénévoles manifestent des signes « d'usure » et le désir de se désengager.
- Les ressources humaines et financières sont assez limitées : il n'existe pas d'aide pérenne au secrétariat, à la coordination et à la communication et les ressources financières ne permettent pas de former systématiquement l'ensemble des bénévoles.
- Actuellement, la formation des bénévoles est très disparate d'une structure à l'autre : tous les bénévoles ne bénéficient pas d'une formation initiale adaptée à la mission qu'ils doivent remplir, en particulier dans les dispositifs les plus petits. Ce constat concerne en particulier les formations à l'écoute et au repérage de la crise suicidaire. Au sujet de cette dernière formation, les bénévoles ont aujourd'hui souvent des difficultés à la mettre en application.

Le tableau ci-dessous synthétise par type d'activités quelques caractéristiques essentielles des dispositifs bénévoles.

Caractéristiques principales des dispositifs bénévoles	Représentation géographique de la structure	Poids du dispositif bénévole dans l'activité des structures	Périmètre d'intervention du dispositif bénévole	Effectif des équipes de bénévoles	Modalités de formation des bénévoles
Veille à vocation sociale	Local / Départemental	Activité partielle	Local	Entre 45 et 125 bénévoles	Absence de formation spécifique en lien avec la prévention du suicide. Quelques rares bénévoles formés au repérage de la crise suicidaire et/ou à l'écoute
Veille ayant pour vocation l'accompagnement de personnes suicidaires ou à risque	Local	100% de l'activité	Local	Entre 10 et 115 bénévoles	Formation non systématique au repérage de la crise suicidaire réalisée dans le cadre du programme de formation de l'ARS des Pays de la Loire
Ecoute téléphonique	Local / Départemental / National	100% de l'activité	Diffus	Entre 15 et 35 bénévoles	Formation à l'écoute centrée sur la personne d'une durée comprise entre 6h et 50h. Réalisée par des psychologues, psychiatres ou intervenants formés à ce type d'écoute.
Ecoute en face à face	Local / Départemental	100% de l'activité ou activité partielle selon les cas	Local	Entre 3 et 15 bénévoles	
Groupe de paroles	Local / Départemental / Régional	Activité partielle	Local	Sans objet : peu de bénévoles animent seuls des groupes de paroles	Pas de formation spécifique de bénévoles à l'animation de groupes de paroles
Collectif d'acteurs	Local / Départemental	100% de l'activité ou activité partielle selon les cas	Local	Entre 10 et 115 bénévoles	Sans objet
Communication/sensibilisation	Local / Départemental	Activité partielle	Local	Entre 3 et 200 bénévoles	Sans objet

Quant aux constats suivants, ils synthétisent les caractéristiques des projets des bénévoles :

- Les initiatives bénévoles sont basées sur l'expression d'un besoin. Ce besoin peut être repéré par des personnes ou institutions qui exercent une fonction d'aide envers leurs concitoyens, ou être exprimé par des personnes elles-mêmes en souffrance psychique. Le Projet Régional de Santé ne sert pas d'appui à l'émergence de ces initiatives (souvent bien antérieures).
- L'analyse de l'activité des dispositifs bénévoles met en évidence 5 types d'action, qui peuvent elles-mêmes être détaillées en fonction de leurs modalités d'intervention : la veille, l'écoute, l'animation de groupes de paroles, l'organisation d'actions de communication / sensibilisation et la création d'un collectif d'acteurs autour de la notion de prévention du suicide. Au niveau de la veille, il est nécessaire de distinguer la veille à vocation sociale, incarnée par des visites de convivialité, et la veille orientée vers l'accompagnement de personnes suicidaires ou à risque. En effet, ces deux types d'intervention ne poursuivent pas les mêmes buts. Au niveau de l'écoute, si toutes les structures poursuivent la même finalité, une distinction peut être réalisée entre écoute téléphonique et écoute en face à face car les modalités de mise en œuvre sont évidemment différentes.
- Les objectifs des dispositifs sont diversifiés :
 - 1 structure vise explicitement l'accompagnement des personnes suicidaires ;
 - 12 structures se donnent pour but de prévenir le suicide. 2 structures proposent une action chacune ayant cette visée, tandis que leur finalité globale s'inscrit plutôt dans le soutien aux personnes isolées.
 - 5 structures sont plus orientées vers le soutien aux personnes isolées et le maintien du lien social.

Au sujet de l'inscription des dispositifs bénévoles dans le système d'acteurs, quelques points saillants peuvent être mis en évidence :

- Malgré des actions de communication, les dispositifs bénévoles sont largement méconnus et peu visibles. Les structures localisées bénéficiant d'un soutien d'élus locaux semblent cependant mieux repérées.
- Les dispositifs bénévoles ont développé peu d'action de coopération entre eux, si ce n'est pour organiser ponctuellement des conférences débats.
- Les professionnels de santé et du social ne sont pas opposés à l'intervention bénévole, sous certaines conditions. Néanmoins, ils formulent peu d'attentes vis-à-vis de ces dispositifs.
- Au niveau des professionnels, les différentes conceptions de la notion de prévention du suicide amènent à une appréciation divergente du rôle que peuvent jouer les bénévoles : lorsque la prévention du suicide est envisagée dans une certaine proximité avec l'acte suicidaire, seule l'intervention de professionnels de santé est envisagée (cas des certains professionnels du secteur social). Lorsque la prévention du suicide est appréhendée de manière plus large, le rôle des bénévoles s'en trouve renforcé, essentiellement dans une dimension de lutte contre l'isolement et de maintien du lien social (cas de certains professionnels de santé). Quelques professionnels de santé positionnent les bénévoles

comme acteurs du repérage et de l'orientation des personnes présentant des risques suicidaires. Or, ce positionnement s'appuie sur une vision erronée de l'activité bénévole en ce qui concerne l'écoute.

- Au niveau des bénévoles, la majorité n'affirment pas un rôle en matière d'accompagnement des personnes avec comportements suicidaires et rappellent qu'ils ont un rôle limité en matière de prévention du suicide.
- Les bénévoles sont perçus comme étant parmi les premiers interlocuteurs des personnes en souffrance psychique. Ils offrent une grande disponibilité et un accueil bienveillant dans un cadre souple.
- Hormis pour les dispositifs de veille orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires, les liens entre professionnels de santé et bénévoles sont très rares et ce, pour plusieurs raisons : méconnaissance et absence d'intérêt réciproques, absence de lien de confiance. Les pré-requis à l'établissement de relations partenariales ne sont donc pas réunis.
- En outre, professionnels de santé et bénévoles écoutants ont une vision non concordante de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique :
 - Les professionnels de santé attendent des bénévoles qu'ils repèrent les personnes avec comportements suicidaires, ce que ne souhaitent pas faire les bénévoles écoutants ;
 - Les professionnels de santé souhaiteraient que les bénévoles orientent les personnes, ce qui contrevient au principe de non-directivité de l'écoute bénévole ;
 - Les professionnels de santé ne conçoivent pas l'écoute comme une aide en soi, alors que c'est le cas des bénévoles.
- La vision des professionnels de santé et des veilleurs orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires est plus cohérente.

Les **principaux jugements** portés sur la contribution des dispositifs bénévoles à la prévention du suicide sont les suivants :

- Le tableau ci-après met en évidence la diversité de positionnement et de modalités d'intervention des dispositifs bénévoles.

Finalité et modalités d'action des dispositifs bénévoles	Finalités des dispositifs établies dans le cadre de l'évaluation				Principes d'action identifiés lors de l'évaluation	Nombre de structures concernées
	Lutter contre l'isolement	Proposer un espace de parole à des personnes en souffrance psychique	Accompagner des personnes confrontées à des idées suicidaires ou leur entourage	Créer une communauté d'acteurs pour prévenir le suicide		
Veille à vocation sociale	x				Suite à une étape de repérage, aller vers des personnes isolées, souffrant de solitude pour échanger avec elles. Intervention à domicile à la demande	2

Finalité et modalités d'action des dispositifs bénévoles	Finalités des dispositifs établies dans le cadre de l'évaluation				Principes d'action identifiés lors de l'évaluation	Nombre de structures concernées
	Lutter contre l'isolement	Proposer un espace de parole à des personnes en souffrance psychique	Accompagner des personnes confrontées à des idées suicidaires ou leur entourage	Créer une communauté d'acteurs pour prévenir le suicide		
Veille ayant pour vocation l'accompagnement de personnes présentant un risque suicidaire			x		Suite à une étape de repérage de comportements suicidaires, aller vers des personnes pour échanger avec elles et, les cas échéant, les orienter vers un professionnel de santé. Intervention à domicile à la demande	3
Ecoute téléphonique		x			Dans un local dédié, offrir un espace de parole à toute personne qui le souhaite, quelque soit sa demande et son besoin Amplitudes horaires variables. Difficulté à offrir un service 24h/24h	7
Ecoute en face à face		x			Offrir un espace de parole à toute personne qui le souhaite, quelque soit sa demande et son besoin Ecoute réalisée en binôme. Permanences proposées ponctuellement.	7
Groupe de paroles		x			Offrir un espace de paroles à des personnes qui vivent ou ont vécu une expérience similaire ; favoriser les échanges entre pairs en présence d'un tiers animateur garantissant le respect de certaines règles. Des groupes dédiés à un public spécifique : personnes dépressives, endeuillées, agriculteurs, aidants familiaux.... Animation confiée à un professionnel (psychologue) associatif ou non un bénévole.	6
Collectif d'acteurs				x	Créer une culture commune sur un territoire autour du mal-être et de la prévention du suicide ; donner à chacun la capacité d'agir face à un risque suicidaire Type d'intervention s'appuyant sur l'idée que tout citoyen peut contribuer à prévenir le suicide à condition d'avoir été sensibilisé et formé.	4

Finalité et modalités d'action des dispositifs bénévoles	Finalités des dispositifs établies dans le cadre de l'évaluation				Principes d'action identifiés lors de l'évaluation	Nombre de structures concernées
	Lutter contre l'isolement	Proposer un espace de parole à des personnes en souffrance psychique	Accompagner des personnes confrontées à des idées suicidaires ou leur entourage	Créer une communauté d'acteurs pour prévenir le suicide		
Communication /sensibilisation				x	Créer une culture commune sur un territoire autour du mal-être et de la prévention du suicide ; favoriser les échanges d'expériences Ouvertes à tous publics, les actions proposées prennent le plus souvent la forme de conférences – débat et s'appuient sur un évènement national, tel que les JNPS ou la Semaine de la Santé Mentale.	14

- Le tableau ci-dessus et les constats relatifs à l'inscription des dispositifs bénévoles dans le système local d'acteurs montrent qu'ils ont une approche différenciée de la prévention du suicide. L'adaptation de ces différentes approches à la situation de la personne en souffrance psychique dépendra de son état d'avancement dans le processus suicidaire et des raisons qui la conduisent à cette souffrance, voire à des comportements suicidaires. Dans certains cas, la personne aura les moyens de demander de l'aide, dans d'autres, elle nécessitera qu'on aille vers elle. Dans certains cas, une écoute attentive et bienveillante suffira, dans d'autres, une orientation sera essentielle.
- Or, aujourd'hui, si globalement les objectifs des dispositifs bénévoles sont en conformité avec les orientations du Projet Régional de Santé, le positionnement des différents types de dispositifs bénévoles ne s'appuie pas pour l'heure sur une analyse contextuelle des causes de suicide permettant d'identifier quels dispositifs seraient les plus efficaces pour réduire les suicides et tentatives de suicide.
- Plus spécifiquement, l'activité de veille orientée vers l'accompagnement des personnes suicidaires est la seule qui s'inscrive dans le parcours des personnes en souffrance psychique.

Les veilleurs s'attachent, en effet, à repérer ou à répondre aux alertes pour des personnes en souffrance psychique en allant à leur rencontre, à échanger avec ces personnes et, le cas échéant, à leur proposer une orientation.

- L'activité d'écoute donne aux bénévoles qui l'exercent un rôle en matière de repérage des risques suicidaires, mais les bénévoles écoutants ne se donnent pas cette fonction et ne sont ni organisés ni outillés pour. En revanche, ces dispositifs d'écoute ont une utilité certaine et une place pour les personnes en souffrance passagère et psychosociale, qui ont besoin de se confier de ne plus se sentir seules.

Le rôle des bénévoles écoutants pourrait être résumé comme suit : être vigilant face à l'expression d'un mal-être, sans viser le repérage de la crise suicidaire, permettre à la personne de s'exprimer et de trouver une solution par elle-même.

A noter que ce principe de non-directivité, qui implique de ne pas aborder le suicide si la personne ne le fait pas et de ne pas orienter, est en opposition avec ce que certains professionnels de santé attendent de l'écoute.

- Les dispositifs de veille ayant vocation à repérer les personnes avec comportements suicidaires ou à risque sont donc, parmi les dispositifs bénévoles étudiés, ceux qui apportent la contribution la plus importante à la veille, au repérage et à l'orientation des personnes en souffrance psychique. Ce sont également les dispositifs qui cherchent le plus à s'inscrire dans un système local d'acteurs et à nouer des partenariats avec les professionnels de santé pour adresser les personnes qui en ont besoin et pour bénéficier d'une analyse de la pratique.

Ces différents éléments ont donné lieu à la formulation de **10 recommandations** articulées autour de trois axes d'amélioration :

- Améliorer le positionnement des dispositifs bénévoles
 1. Préciser le cadre d'intervention des dispositifs bénévoles dans le champ de la prévention ;
 2. Préciser le rôle attendu des dispositifs de veille ;
 3. Préciser le rôle attendu des dispositifs d'écoute ;
 4. Améliorer la visibilité des dispositifs bénévoles ;
- Améliorer l'intervention des dispositifs bénévoles
 5. Définir les attentes de l'ARS concernant les activités de veille ;
 6. Définir les attentes de l'ARS concernant les activités d'écoute ;
 7. Poursuivre et renforcer le programme de formation ;
- Améliorer la complémentarité des dispositifs bénévoles entre eux et avec les professionnels de santé
 8. Favoriser les synergies entre associations pour plus d'efficience ;
 9. Intégrer les dispositifs bénévoles dans des partenariats locaux ;
 10. Favoriser l'émergence de dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires.

Ces recommandations sont détaillées en fin de document : sont notamment précisés la déclinaison opérationnelle de la recommandation, les points de vigilance et les leviers d'action.

I. RAPPEL DE LA MISSION ET DE SES FINALITES

1.1. LA DEMANDE D'INTERVENTION

D'après les données du projet régional de santé 2012 – 2016¹, la région Pays de la Loire est l'un des territoires de l'Hexagone qui souffre d'une mortalité par suicide importante (cf. section II).

Cette mortalité évitable est une préoccupation des élus locaux et des acteurs institutionnels, professionnels et associatifs, qui déploient des programmes ou actions visant à lutter contre. A partir de 1997, les autorités sanitaires, regroupées depuis 2010 au sein de l'ARS, ont ainsi développé une politique régionale active de lutte contre le suicide.

Cette politique a fait l'objet d'une première évaluation en 2012 visant, d'une part, à identifier les actions à poursuivre, à abandonner ou à mettre en œuvre et, d'autre part, à connaître les atouts et marges de progrès de cette politique au moment du lancement du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 et du projet régional de santé 2012-2016. A l'issue des constats et jugements apportés par l'évaluation, l'une des recommandations préconise de « mieux définir le positionnement, les complémentarités et les compétences des bénévoles associatifs par rapport aux professionnels de santé ». C'est dans ce cadre que l'Agence Régionale de Santé de la région Pays de la Loire a décidé, en 2013, d'évaluer **la contribution des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires à cette politique régionale.**

Plus concrètement, l'évaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires poursuit les **objectifs suivants** :

- **Mieux connaître** les actions des différentes actions bénévoles, leur coordination avec les autres acteurs locaux et la valeur ajoutée des dispositifs bénévoles ;
- **Analyser l'adéquation des objectifs** des dispositifs bénévoles de prévention du suicide avec les objectifs du PRS ;
- **Nourrir l'analyse de l'ARS** sur le rôle et la place qu'elle veut donner aux associations et aux réseaux de bénévoles ;
- **Définir les axes d'évolution nécessaire** en matière de complémentarité entre les associations de bénévoles, ainsi qu'avec les acteurs professionnels de santé (médecine générale et médecine spécialisée) et du champ social ;
- **Proposer des pistes d'améliorations de la fluidité des parcours** des populations concernées (visant par exemple, la réorientation des actions mises en place, le renforcement des compétences des bénévoles,...).

¹ Projet régional de santé, Annexe 1 – Diagnostic de l'état de santé et des besoins de santé, p.799

Ces objectifs ont été traduits en **quatre questions évaluatives** figurant dans le cahier des charges de l'évaluation :

1. Quels sont les facteurs clés de succès et d'échec dans la création, le fonctionnement et l'action des dispositifs bénévoles au bénéfice d'une amélioration de la prise en charge des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires ?
 - Dans quelle mesure les actions de formations à l'écoute et de repérage de la crise suicidaire contribuent-elles au renforcement des compétences des bénévoles et à l'amélioration de leur accompagnement ?
2. Quelle est la valeur ajoutée de ces dispositifs bénévoles dans les parcours d'accompagnement des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires en termes :
 - de veille, en analysant notamment le niveau d'information des populations sur ces dispositifs ;
 - de repérage, avec une attention particulière aux compétences développées en la matière ;
 - d'écoute, avec une attention particulière à porter sur l'aide à l'entourage d'un suicidé ou d'un suicidant ;
 - d'orientation, en analysant l'accessibilité aux soins nécessaires pour ce type de populations.
3. Dans quelle mesure les dispositifs bénévoles sont-ils articulés entre eux et avec les professionnels de santé (médecine générale et médecine spécialisée) et du social ?
4. Quels sont les leviers pour améliorer les complémentarités des dispositifs bénévoles entre eux et avec les professionnels de santé et du social dans le cadre d'une logique territoriale ?

La réponse à ces questions s'est appuyée, d'une part, sur la réalisation d'un état des lieux de l'activité des équipes de bénévoles et de leurs ressources et, d'autre part, sur la conduite d'investigations qualitatives portant sur le fonctionnement des dispositifs, et en particulier, sur leurs interrelations et les relations qu'elles entretiennent avec les professionnels de santé et du champ social.

Concernant le champ de l'évaluation, si l'activité d'écoute téléphonique a fait partie intégrante de l'évaluation, elle n'était pas son unique objet : d'autres modes d'action mis en œuvre par les bénévoles (écoute en face à face, veille, groupes de paroles, constitution de collectifs d'acteurs) ont également été analysés.

1.2. LA METHODE DEPLOYEE ET LES ETAPES DE LA DEMARCHE

La mission d'évaluation a été pilotée par le Département d'Evaluation des Politiques de Santé et des Dispositifs en lien avec le prestataire. Un comité de pilotage, composé de deux représentants de ce Département, ainsi que de deux représentants du Département Promotion de la Santé et Prévention (cf. liste des personnes rencontrées), s'est réuni à trois reprises pour suivre l'avancement des travaux.

L'évaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires s'est déroulée selon **quatre phases** :

- **Une première phase correspondant au cadrage de la mission**, réalisée pendant l'été 2013. Elle a consisté en :
 - Deux entretiens de lancement avec les services de l'ARS porteurs de cette évaluation (le Département d'Evaluation des Politiques de Santé et des Dispositifs et le Département Promotion de la Santé et Prévention) ;
 - Des entretiens avec des acteurs ressources² (représentants de la MSA, d'un Conseil Général, de l'INPES, de SOS Amitié, ainsi qu'un médecin psychiatre),
 - Une réunion du comité de pilotage le 11 juillet 2013 pour échanger sur le référentiel d'évaluation (validé le 19 juillet).

Cette première phase a donné lieu à l'élaboration d'une note de cadrage précisant le déroulement méthodologique et calendaire de la démarche, ainsi que les questions évaluatives (cf. référentiel d'évaluation en annexe).

- **Une deuxième phase d'état des lieux, réalisée en juillet-août 2013**

Cette phase s'est traduite par la réalisation d'un entretien téléphonique d'environ 2h avec un représentant de chacune des 20 structures retenues pour faire partie de l'évaluation.

L'ARS a utilisé les trois critères suivants pour constituer la liste de structures intégrées dans l'évaluation :

- Des dispositifs dont le projet et les actions ont principalement une orientation sanitaire,
- Des dispositifs principalement axés sur l'écoute si possible non ciblée sur des populations spécifiques,
- Des dispositifs dans lesquels l'accueil et l'écoute sont principalement réalisés par des bénévoles.

A ces critères portant sur le fond du projet, s'ajoute celui du financement de l'ARS dans le cadre de l'appel à projets du département Promotion de la Santé et Prévention consacré à la santé mentale et au suicide : la majorité des dispositifs intégrés à l'évaluation (13 sur 20) ont bénéficié au moins une fois d'une subvention entre 2010 et 2013.

² Cf. Liste des personnes sollicitées en annexe.

L'évaluation n'est donc pas une évaluation exhaustive de l'ensemble des dispositifs de repérage, de veille, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires. L'ARS a retenu quelques dispositifs bénévoles permettant une représentation de la diversité des actions proposées par ces acteurs.

L'état des lieux a concerné 20 structures réparties comme suit :

- En Loire-Atlantique :
 - SOS Amitié Région de Nantes,
 - SOS Dépression 44,
 - SOS Inceste pour Revivre,
 - Familles Rurales de Loire-Atlantique,
 - Groupe de Prévention du Suicide (GPS) de la Communauté de Communes de Vallet.
- En Maine-et-Loire :
 - SOS Amitié Région d'Angers – Antenne de Saumur.
- En Mayenne :
 - Solidarité Paysans 53,
 - Le Collectif pour la prévention du mal-être et du suicide en Mayenne (COPS 53) et 6 de ses membres (Sève et Racines, GERME, Source, L'Eclaircie, Main Tendue et le GPS du Pays de Coëvrons).
- Dans la Sarthe :
 - SOS Amitié Région du Mans,
 - Familles Rurales de la Sarthe,
 - Espace Ecoute Formation,
 - L'Escale – CCAS d'Allonnes.
- En Vendée :
 - Familles Rurales de la Vendée.
- Au niveau régional, l'UNAFAM.

Les entretiens précédemment évoqués, ainsi que les documents relatifs à ces dispositifs et à leurs actions (rapports d'activité, comptes-rendus d'action, fiches OSCARS, chartes, ...) ont donné lieu à l'élaboration d'une base de données et à une analyse qualitative. Les résultats ont fait l'objet d'un état des lieux repris en partie dans le présent document (notamment dans les sections III et IV).

- **Une troisième phase d'investigations qualitatives s'est déroulée sur 8 territoires en septembre et octobre 2013.**

Conformément aux attendus de l'ARS des Pays de la Loire :

- Les investigations se sont déroulées sur au moins un site dans chaque département,

- Un territoire a correspondu à un département (la Mayenne),
- Au moins un site retenu disposait d'un contrat local de santé,
- Une attention a été portée aux territoires identifiés par le projet régional de santé comme fragiles car confrontés à des taux de mortalité par suicide relativement élevés.

Compte tenu de ces différents points, le tableau suivant liste les sites sur lesquels ont été réalisées les investigations qualitatives :

Département	Territoires concernés	Types de territoire	Types de dispositifs bénévoles
Loire-Atlantique	Communauté de Communes de Vallet	Territoire rural, proche de Nantes	Groupe de prévention suicide, veille
Loire-Atlantique	Nantes	Territoire urbain, doté d'un CLS	Ecoute téléphonique, en face à face, groupes de parole, collectifs d'acteurs
Maine-et-Loire	Agglomération angevine	Territoire urbain doté d'un CLS Santé mentale	Ecoute téléphonique, collectifs d'acteurs
Mayenne	Département		Collectif d'acteurs, écoute en face à face, veille,
Mayenne	Pays de Coëvrons	Territoire rural	Groupe de prévention suicide
Sarthe	Perche Sarthois autour de la Ferté-Bernard	Territoire rural présentant des risques de suicide élevés	Absence de dispositif bénévole
Sarthe	Agglomération du Mans	Territoire urbain présentant des risques de suicide élevés	Ecoute téléphonique, écoute en face à face
Vendée	Challans	Territoire rural présentant des risques de suicide élevés	Absence de dispositif bénévole

Préalablement aux investigations sur sites, un entretien téléphonique a été programmé avec un représentant de chaque délégation territoriale de l'ARS (cf. liste des personnes rencontrées). Cet entretien a été l'occasion de recueillir de l'information sur le contexte départemental en termes de sensibilité du territoire au suicide et d'initiatives prises pour lutter contre les comportements suicidaires. Il a également eu pour objectif d'identifier les acteurs à rencontrer sur les sites retenus pour la réalisation des investigations qualitatives.

Sur chacun des territoires listés, des entretiens individuels ou collectifs (par type d'acteurs) se sont déroulés sur environ deux journées. Différents types d'acteurs ont été rencontrés : professionnels de santé, professionnels du secteur social, professionnels du secteur médico-social, élus locaux, responsables de service social de CCAS et Conseils Généraux, MSA, associations, bénévoles des dispositifs intégrés à l'évaluation.

- **Enfin, une quatrième phase, réalisée en novembre 2013, a été consacrée à l'élaboration du jugement évaluatif et des recommandations.**

Elle s'est appuyée sur un premier comité de pilotage visant à débattre des conclusions, puis sur un comité de pilotage élargi visant à échanger sur les propositions de recommandations formulées par le prestataire.

Ce comité de pilotage élargi a associé aux membres du comité de pilotage le responsable du Département Promotion de la Santé et Prévention, la responsable du groupe

transversal « Santé mentale – psychiatrie » et deux représentants des délégations territoriales de l'ARS de Mayenne et de Vendée.

Cette phase s'est terminée par la finalisation du rapport final et des recommandations, en vue d'une présentation au comité de direction de l'ARS puis d'une restitution aux dispositifs bénévoles mobilisés pour l'évaluation.

La méthodologie retenue pour réaliser l'évaluation ne prévoyait pas d'interroger la population. Les bénéficiaires des actions mises en œuvre par les dispositifs bénévoles n'ont donc pas été entendus.

1.3. LE CONTENU ET LES LIMITES DU DOCUMENT

Le document a vocation à synthétiser l'ensemble des constats et analyses élaborés tout au long de la mission, que ce soit au cours de la phase de cadrage, au cours de la phase d'état des lieux ou au cours de la phase d'investigations qualitatives.

La construction du plan doit permettre de repérer progressivement la place des dispositifs bénévoles de veille, d'écoute, de repérage et d'orientation dans le parcours des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires et dans la politique d'action contre le suicide. En effet, en premier lieu (section II), le contexte d'intervention des dispositifs bénévoles est rappelé, (principales données de diagnostic quant aux comportements suicidaires en Pays de la Loire, des orientations politiques). En second lieu, les sections III et IV du document présentent des éléments descriptifs, relatifs aux fonctionnements internes des dispositifs bénévoles et à leur intégration dans le système d'acteurs (soit les interrelations entre dispositifs bénévoles et avec les professionnels de la santé et du secteur social). En troisième lieu, la section V présente l'analyse du prestataire et les réponses aux questions évaluatives. Enfin, la section VI propose des recommandations visant à aider l'ARS à identifier les modalités et moyens d'amélioration de l'intervention, du positionnement et de la complémentarité des dispositifs bénévoles entre eux et avec les professionnels.

Pour une bonne interprétation des constats présentés dans le document, quelques remarques sont formulées quant à l'exhaustivité et à la fiabilité de l'information recueillie :

- Concernant le champ de l'étude, l'analyse de l'intervention des bénévoles en matière de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes avec comportements suicidaires ne porte pas sur la totalité des dispositifs bénévoles existants. Ces derniers ne sont, en effet, pas tous identifiés au niveau régional, bien que l'annuaire des acteurs ressources réalisé à l'initiative de la MSA et de l'ARS aille dans ce sens.
- Concernant les investigations conduites auprès des responsables des dispositifs bénévoles :
 - Les entretiens ont pu être conduits avec les 20 structures retenues par l'ARS pour faire partie de l'évaluation. Les acteurs interrogés se sont montrés très réactifs et disponibles pour répondre aux questions.
 - Les données quantitatives sont, en revanche, moins exhaustives, qu'il s'agisse d'informations relatives à l'activité ou relatives à l'organisation du dispositif.

Ainsi, si certains dispositifs disposent d'indicateurs détaillés (ex : taux d'assiduité lors des permanences, taux d'assiduité lors des supervisions, nombre d'appels, nombre d'heures d'écoute, ...), les plus petits, disposant de moyens plus limités, n'assurent pas toujours un suivi quantitatif de leur volume d'activité (nombre de bénéficiaires, nombre de bénévoles formés, ayant bénéficié d'une supervision,...). Il a pu également arriver que l'interlocuteur sollicité pour l'entretien pendant l'été ne soit pas le plus pertinent pour communiquer cette information quantitative.

- Compte tenu du principe d'anonymat respecté par l'ensemble des structures d'accueil et d'écoute interviewées, l'origine géographique de la demande ne peut être précisément connue. Les interlocuteurs ont parfois pu indiquer des tendances, mais l'information reste extrêmement partielle. En revanche, concernant le sexe, l'âge et le motif de la demande, il existe généralement une information dans les structures d'écoute et d'accueil. Il s'agit également de tendances, puisque ces informations ne sont pas explicitement demandées aux bénéficiaires mais déduites de la conversation.
 - L'agrégation des données concernant notamment le nombre de bénéficiaires est malaisée à réaliser, puisque l'ensemble des structures ne comptabilise pas l'activité de la même manière : certaines recensent le nombre d'individus différents, d'autres le nombre de participations (nombre d'appels, nombre de participations à un groupe de paroles par exemple). Pourtant, dans l'appel à projets de l'ARS, il existe une trame de compte rendu d'action questionnant précisément les dispositifs sur leurs réalisations et demandant le renseignement d'indicateurs de résultat³, mais, il n'existe pas de précisions sur l'information attendue, par exemple, en termes de nombre de participants (nombre de personnes différentes ou nombre de participations). En outre, si les acteurs financés complètent tous ce document, le détail de l'information communiquée est variable.
 - Enfin, il est rappelé que ces données sont déclaratives : elles donnent des tendances. La comparaison entre les chiffres déclarés et les chiffres examinés dans les dossiers confiés par l'ARS montre certes des écarts mais ils n'apparaissent pas significatifs.
- Concernant les investigations conduites auprès des acteurs locaux :
- Globalement, sur l'ensemble des 8 territoires, une diversité d'acteurs a pu être rencontrée et des représentants de l'ensemble des catégories d'intervenants envisagées initialement ont pu être mobilisés.
 - Cependant, selon les territoires, la mobilisation des acteurs s'est avérée plus ou moins aisée. Il a ainsi parfois pu être plus compliqué de rencontrer des professionnels de santé, par manque de disponibilité ou d'intérêt pour l'étude.
 - Les acteurs qui ont pu être rencontrés se sont montrés disponibles et intéressés par le sujet.

³ Par exemple, concernant la mise en place de groupes de paroles, il est demandé le nombre et la localisation des groupes de paroles, le nombre et la qualité des participants, la qualification et le nombre d'intervenants, l'assiduité des participants.

- Beaucoup n'avaient qu'une connaissance limitée des dispositifs bénévoles et l'entretien réalisé dans le cadre de l'évaluation a pu être pour eux l'occasion de s'informer. Il en résulte qu'un certain nombre de constats formalisés par les acteurs locaux représentent des idées préconçues et/ou des positions de principe.

Sur l'ensemble de la mission d'évaluation, les différentes investigations réalisées ont permis d'identifier les positions fortes vis-à-vis des dispositifs bénévoles, ainsi que les spécificités territoriales ou liées à certaines modalités d'action. Les constats et conclusions formalisés dans le présent document peuvent donc être considérés comme étayés.

II. CONTEXTE DE LA PREVENTION DU SUICIDE EN PAYS DE LA LOIRE

2.1. LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE DANS LES PAYS DE LA LOIRE, UNE SITUATION DEFAVORABLE PAR RAPPORT A LA MOYENNE NATIONALE

Dans son bilan « Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire » publié en février 2013, l'Observatoire Régional de Santé (ORS) fait état de **712 décès par suicide dans la région, en 2010**, concernant essentiellement des hommes (75% des suicides)⁴. Ce chiffre, relativement stable depuis 2006, est **trois fois supérieur au nombre de décès par accident de transport**. A l'image de ce que l'on constate en France, les deux premières causes de mortalité prématurée évitable sont ainsi le cancer du poumon et les suicides, pour les hommes comme pour les femmes.

Si comme au niveau national, le taux de mortalité par suicide a tendance à diminuer dans les Pays de la Loire, cette baisse concerne principalement les personnes les plus âgées et les plus jeunes. En moyenne sur la période 2008-2010, la tranche d'âge 35 - 54 ans représente 42% des décès par suicide, mais c'est entre 25 et 34 ans que la proportion de suicides parmi l'ensemble des causes de décès est la plus forte. Si l'on considère le genre, le taux régional de mortalité par suicide des femmes est de 18% supérieur à la moyenne nationale, tandis que l'écart à cette moyenne est nettement plus important concernant les hommes, puisqu'il atteint 24%⁵.

Au niveau des départements ligériens, les données sont contrastées (cf. cartes relatives à la mortalité par suicide réalisées par le Département Observation et Analyses de l'ARS et par l'ORS en annexe). La répartition du nombre de suicides par département correspond globalement à la répartition de la population par département. Deux exceptions sont toutefois à souligner : en Loire-Atlantique, le nombre de suicides représente 31% des décès par suicides constatés dans la région, alors que ce département accueille 36% de la population régionale. A l'inverse, la part de suicides dénombrés en Mayenne correspond à 11% des suicides identifiés sur l'ensemble de la région, contre 8,5% de la population régionale. Si les départements de Loire-Atlantique et de Vendée connaissent une situation proche de la situation nationale (malgré une mortalité masculine par suicide supérieure à la moyenne nationale), les autres départements connaissent une surmortalité plus marquée :

- Dans le Maine-et-Loire, la mortalité départementale par suicide reste nettement supérieure à la moyenne nationale chez les hommes (+ 29 %) sur la période 2008-2010.
- En Mayenne, la surmortalité départementale est particulièrement élevée chez les hommes (39 %) sur la période 2008-2010. Chez les femmes, l'écart à la moyenne nationale, qui s'était nettement réduit à partir du début des années 2000, semble s'élever à nouveau.
- La mortalité par suicide en Sarthe est nettement supérieure à la moyenne nationale chez les hommes (50% en 2008-2010) et plus encore chez les femmes, pour lesquelles l'écart à la moyenne nationale tend à augmenter.

⁴ En France, le nombre annuel de décès par suicide est estimé à environ 10 000.

⁵ Si l'écart a tendance à diminuer pour les femmes, ce n'est pas le cas pour les hommes

Plus précisément, le projet régional de santé identifie, par département, les territoires de santé les plus fragiles au regard des taux constatés de mortalité par suicide :

- En Loire-Atlantique : Châteaubriant - Derval - Nozay, Ancenis, Redon - Pontchâteau - St Gildas et Pays de Retz Sud Estuaire ;
- Dans le Maine et Loire : Segré - Pouancé - Candé Ouest, Anjou - Lion d'Angers ;
- En Mayenne : Le Sud Mayenne ;
- Dans la Sarthe : Perche Sarthois, Haute Sarthe, Vallée du Loir, Le Mans ;
- En Vendée : Challans - Beauvoir - Monts.

Or, d'après l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide réalisée en 2012 par l'ARS, les inégalités territoriales ont été insuffisamment prises en compte et donc peu corrigées.

Cependant, le suicide ne peut se réduire à la présentation de taux de mortalité, puisqu'en effet, l'acte suicidaire correspond au point d'orgue d'une trajectoire *« qui va du sentiment péjoratif d'être en 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 »*⁶. **La crise suicidaire correspond à un état réversible** à condition que soient réunis les moyens et la capacité de repérage de cet état et que soient mis en œuvre des facteurs de protection.

Ainsi, **les facteurs de risque de suicide ont été formalisés en octobre 2000** par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et par la Fédération Française de Psychiatrie, lors de la conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Ce document classe les facteurs de risque selon trois catégories :

- Facteurs primaires : troubles psychiatriques (notamment la dépression), dépendance (alcoolisme), antécédents personnels ou familiaux de suicide, impulsivité. Ils ont une valeur d'alerte importante mais peuvent être influencés par des traitements.
- Facteurs secondaires : pertes parentales précoces, isolement social, difficultés financières et professionnelles (chômage..), événements de vie négatifs. Ils n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires.
- Facteurs tertiaires : sexe masculin, âge (grand âge et jeune âge). Ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence d'autres facteurs de risque.

En 2000, la conférence de consensus rappelle que **le suicide est un phénomène multifactoriel complexe, sans stricte causalité, où les différents facteurs interagissent les uns avec les autres ; la simple addition des facteurs de risque ne suffit donc pas pour évaluer le risque suicidaire.**

Certains moments charnières de la vie ou certains événements peuvent également fragiliser les individus (adolescence, départ à la retraite, décès d'un proche, divorce, ...). Enfin, les comportements suicidaires se rencontrent plus souvent dans certaines catégories de populations : les personnes âgées, les jeunes, les minorités sexuelles, les personnes en situation

⁶ ANAES, Fédération française de psychiatrie, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000

de précarité économique et sociale, les personnes souffrant de troubles psychiatriques (ces troubles sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide), les personnes détenues, les personnes souffrant d'addiction,...

A l'inverse, d'autres éléments constituent des facteurs de protection, tels que l'entourage familial et amical, une prise en charge thérapeutique,...

Le bilan de l'ORS indique qu'en 2010, le PMSI permet de dénombrer **4 665 séjours d'hospitalisation** dans les unités de médecine – chirurgie – obstétrique **liés à une tentative de suicide**, soit 4 088 patients domiciliés dans les Pays de la Loire. D'après le baromètre santé jeunes 15 – 25 ans publié en février 2013 par l'Observatoire Régional de la Santé, en 2010, 4% des jeunes ont pensé à se suicider dans l'année. La prévalence des pensées suicidaires chez les jeunes de la région est proche de la moyenne nationale.

Face à ces constats épidémiologiques, la prévention du suicide constitue l'une des priorités du Projet Régional de Santé 2012 – 2016.

2.2. LES ORIENTATIONS DU PROJET REGIONAL DE SANTE ET DU PROGRAMME NATIONAL D'ACTION CONTRE LE SUICIDE : UN ACCENT MIS SUR LA PREVENTION

Initialement considéré comme un choix personnel, relevant d'une question morale, **le suicide est aujourd'hui considéré comme un problème de santé publique**. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a ainsi fixé dans son annexe un objectif quantifié de réduction du nombre des décès par suicide, d'environ 12 000, à moins de 10 000 cas par an à l'horizon 2008.

Le Projet régional de santé 2012 -2016 des Pays de la Loire a intégré la problématique du suicide dans ses orientations. Il prévoit, en particulier, **deux objectifs visant la prévention du suicide** :

- Objectif n°3 (schéma régional de prévention) : **Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales** en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie.

Parmi les 7 thématiques régionales prioritaires évoquées par cet objectif rattaché à l'orientation stratégique « La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Une démarche centrée sur la personne » figure le bien-être mental et le risque de suicide.

De manière opérationnelle, cet objectif invite les acteurs de santé à être plus attentifs, par une offre de service spécifique de prévention, à certaines périodes de la vie qui mettent la santé de chacun à l'épreuve, en particulier celles qui semblent les plus marquantes comme la petite enfance, l'adolescence, les ruptures professionnelles telles que le chômage, la retraite mais aussi les ruptures familiales comme le deuil ou l'entrée en institution.

- Objectif n°13 (schéma régional de prévention) : **Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité**

Cet objectif est rattaché à l'orientation stratégique suivante : « la maîtrise des risques concernant la santé des populations - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé ».

Il s'agit de s'appuyer sur des intervenants de proximité formés et coordonnés pour repérer et agir préventivement dans les situations potentielles de fragilité psychique, de violence, de risque de suicide.

Deux autres objectifs ont également vocation à s'appliquer à la politique régionale de lutte contre le suicide : l'objectif 1 « Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé, en mobilisant ses ressources personnelles » et l'objectif 7 « Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité ».

En lien avec ces objectifs, l'appel à projets 2013 « Santé mentale – Suicide » de l'ARS a invité les porteurs de projets à inscrire leurs actions en cohérence avec les objectifs suivants :

- Sensibiliser l'ensemble de la population à la question de la dépression et du suicide, plus spécifiquement sur les territoires de la région en situation défavorable vis-à-vis de la mortalité par suicide,
- Proposer des interventions en milieu scolaire et universitaire visant à informer sur la question du mal être, de la dépression ou du suicide et à développer les compétences psychosociales,
- Lutter contre l'isolement et la détresse psychologique des personnes en perte d'autonomie et des aidants familiaux,
- Favoriser l'émergence et le développement d'actions visant à soutenir les publics en situation de vulnérabilité (personnes sous main de justice, en situation de précarité, souffrant de discrimination,...),
- Maintenir l'offre d'entretiens d'écoute, d'évaluation et d'orientation avec des professionnels de santé, au sein des structures accueillant des personnes en situation de vulnérabilité,
- Favoriser l'émergence et le développement d'actions visant au maintien d'un contact personnalisé avec les personnes à risque de récurrence, notamment à la sortie d'une hospitalisation,
- Soutenir l'entourage (familles endeuillées, accompagnants, collègues, camarade de classe,...) confronté à des situations de crise suicidaire ou de suicide,
- Maintenir l'offre de temps d'échanges de pratique pour les bénévoles associatifs accueillant des personnes en souffrance psychique,
- Soutenir le déploiement de formations à l'écoute pour les bénévoles associatifs intervenant au sein de plateformes téléphoniques ou de points d'accueil et d'écoute.

Au niveau des projets territoriaux de santé élaborés par les délégations territoriales de l'ARS, trois départements (la Mayenne, la Vendée et la Sarthe) ont décliné des objectifs explicitement tournés vers la prévention de la crise suicidaire et/ou de la récurrence. La mise en œuvre de ces objectifs démarre progressivement. Pour illustration, dans la Sarthe, un

groupe départemental de coordination en santé mentale a récemment été créé. Il cible notamment la prévention du suicide, en lien avec le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Sarthe. Un groupe ad hoc réunissant les dispositifs bénévoles du territoire est animé par le psychiatre responsable du pôle transversal externe du CHS. Un projet d'Unité de Prévention du Suicide (UPS) est également en cours d'instruction. En Vendée, à Challans, une expérimentation de coordination des acteurs est également impulsée par la délégation territoriale de l'ARS.

Dans les autres institutions (Conseils Généraux, Communes ou intercommunalités dans le cadre des Contrats locaux de santé ou des CUCS), en dehors de la MSA qui définit des orientations spécifiques à l'échelon national en lien avec le programme national d'action contre le suicide, les orientations visent plutôt la lutte contre l'isolement, le mal-être, les troubles psychiques ou la promotion de la santé mentale.

Au-delà des orientations spécifiées dans le projet régional de santé, l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide réalisée par l'ARS en 2012 a mis en évidence trois points essentiels relatifs à l'appréhension du suicide et de sa prévention dans les Pays de la Loire :

- **La politique de lutte contre le suicide est de moins en moins ciblée sur le suicide.** L'approche prévention est une approche multirisque, qui vise notamment à détecter la souffrance psychique.
- Aussi, le suicide n'est-il pas une problématique traitée de manière isolée, mais en lien avec les problématiques de santé mentale et de comportement à risques (addictions essentiellement).
- Il en résulte que, dans les Pays de la Loire, la politique de lutte contre le suicide ne vise plus des populations bien spécifiques mais opte pour une approche plus globale de la santé. Des populations ont cependant plus particulièrement été identifiées : jeunes de 15/25 ans, personnes âgées, populations en zone rurale, populations en situation de précarité, détenus, populations ayant déjà fait une tentative de suicide.

Les actions de prévention et de promotion de la santé mentale, majoritairement portées par des associations, **sont donc fondamentales pour prévenir les comportements suicidaires.** La présente évaluation doit ainsi permettre d'identifier la contribution des dispositifs bénévoles à ce domaine de prévention.

Les objectifs du PRS et leur déclinaison au sein de l'appel à projets « Santé mentale – suicide » sont **en cohérence avec les objectifs du programme national d'action contre le suicide 2011-2014.** Celui-ci **consacre, en effet, une large place à la prévention et à la postvention**⁷. Sept des vingt mesures adoptées par le programme et vingt-deux des quarante-sept actions concernent ce domaine. Elles visent à :

- Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide,

⁷ La postvention vise à accompagner l'entourage familial, voire institutionnel d'une personne suicidée ou ayant commis une tentative de suicide.

- Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance (d'écoute en particulier) dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale,
- Prévenir l'isolement social et la détresse psychique,
- Renforcer la prévention du suicide en milieu institutionnel,
- Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide,
- Agir sur la communication sur Internet concernant le suicide,
- Limiter l'accès aux moyens létaux.

En effet, le programme affirme la nécessité d'agir le plus en amont possible de l'acte suicidaire. Il prévoit notamment de promouvoir les dispositifs d'aide à distance, via l'action de l'INPES, qui depuis 2003, finance et suit une part croissante de lignes téléphoniques et de sites Internet d'information, d'écoute et d'orientation pour la plupart mis en œuvre par des associations. Ces dispositifs sont souvent amenés à traiter des appels dans lesquels l'appelant exprime un mal-être. A ce titre, l'INPES finance en particulier Suicide Ecoute, SOS Suicide Phénix, SOS Amitié, Fil santé jeune, Sida info service et Phare enfants parents.

Plus récemment, la feuille de route de la stratégie nationale de santé publiée fin septembre 2013 fait également valoir la prévention, dont elle fait son premier axe : « prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé ». Elle précise que « *notre système de santé doit donner toute sa place à la prévention et à la promotion de la santé, outil négligé depuis des décennies, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables* ».

2.3. LA PREVENTION DES RISQUES SUICIDAIRES SUR LE TERRITOIRE : DE POSSIBLES AMELIORATIONS MISES EN EVIDENCE EN 2012 PAR L'EVALUATION DE LA POLITIQUE REGIONALE DE LUTTE CONTRE LE SUICIDE

Les modalités de la prévention du suicide : en théorie, la nécessité d'une culture commune et d'une action coordonnée

Le dossier « Actualité et dossier en santé publique » n° 45 consacré à la prévention du suicide met en évidence **trois niveaux de prévention** :

- La **promotion de la santé**, via des actions qui permettent de répondre aux besoins des individus en termes de bien-être physique, psychique et social ;
- La **prévention du suicide, par le biais d'actions individuelles ou collectives qui agissent sur les principaux déterminants du suicide**. Cette dimension de la prévention du suicide comprend également l'identification des personnes à risque, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques, toutes mesures générales qui limitent l'accès aux moyens du suicide ;
- **L'intervention en cas de crise suicidaire** comprenant des actions appropriées à chacune des étapes de la crise : phase d'idéation, phase d'intention, phase de programmation de l'acte suicidaire ;

A cela s'ajoute la postvention, qui consiste en l'accompagnement de l'entourage des personnes suicidées ou ayant fait une tentative de suicide et en l'analyse causale des suicides favorisant le retour d'expériences.

L'intervention en cas de crise suicidaire se décline elle-même selon plusieurs étapes. Le professeur de psychiatrie Jean-Louis TERRA⁸ distingue ainsi trois niveaux d'intervenants :

- **Les intervenants de première ligne, qui signalent** : il s'agit de tout professionnel ou bénévole qui travaille directement ou est en contact avec des personnes potentiellement suicidaires ;
- **Les intervenants de deuxième ligne** : équipe d'intervention de crise et de soutien multidisciplinaire, qui travaillent dans différents milieux (hôpitaux, établissements scolaires, établissements pénitentiaires,...) ou dans la communauté. Ces intervenants prennent en charge l'intervention de crise auprès de personnes suicidaires.
- **Les intervenants de troisième ligne** : professionnels de psychiatrie et/ou de santé mentale, qui prennent en charge les personnes en urgence élevée qui nécessitent une intervention spécialisée.

La mise en œuvre de ces trois niveaux d'intervention suppose la construction d'une culture commune sur le suicide et sa prévention, qui a pris la forme d'une formation à grande échelle au repérage de la crise suicidaire (financée par le Ministère de la Santé).

Certains acteurs bénévoles revendiquent une place dans le domaine de la prévention du suicide. Ainsi, selon le professeur Michel DEBOUT, fondateur de l'Union Nationale de la Prévention du Suicide (UNPS), dès l'origine, la prévention du suicide est réalisée par des non-professionnels dans le cadre d'un service de téléphonie sociale. La suite du rapport d'évaluation montre que cette revendication n'est cependant pas partagée par l'ensemble des bénévoles.

Les modalités de prévention du suicide : en pratique, la nécessité d'une meilleure visibilité des acteurs en questionnant leurs rôles respectifs

Jusqu'en 2012, les mesures préventives mises en œuvre en matière de lutte contre le suicide ont porté sur le développement de la communication à destination des professionnels de santé, la mise en œuvre de dispositifs d'aides généraux et de lutte contre l'isolement, ainsi que le développement de formations au repérage de la crise suicidaire.

D'une manière globale, l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide souligne que **les actions ont davantage résulté d'initiatives locales, en fonction des possibilités et moyens à disposition des acteurs locaux, que d'une véritable stratégie** basée sur l'analyse des facteurs de risque populationnels et territoriaux. En outre, la postvention apparaît insuffisamment développée dans la région, que ce soit en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Aussi, l'une des recommandations de l'évaluation est-elle de « mettre en place une proposition systématique de prise en charge de l'entourage d'un suicidant ou d'un suicidé ».

⁸ Jean-Louis TERRA est psychiatre, chef de service au Centre Hospitalier du Vinatier à Lyon. Il est également professeur de psychiatrie à l'Université Lyon I.

La prévention du suicide se heurte à la difficulté pour les acteurs locaux de repérer les personnes en crise suicidaire. Ce constat concerne également les médecins généralistes. **Pourtant, un effort a été consacré régionalement à la formation au repérage de la crise suicidaire** (cf. ci-dessus), mais seulement 5% des participants étaient des médecins (aucun n'était généraliste).

La formation au repérage de la crise suicidaire est un axe primordial de la politique régionale de lutte contre le suicide. Sur la base d'une enquête réalisée auprès de personnes formées (109 personnes sollicitées, 33 répondants), l'évaluation 2012 de la politique régionale de lutte contre le suicide met en évidence une amélioration des capacités individuelles de repérage de la crise suicidaire pour les trois quarts des participants : ces derniers se considèrent plus à l'aise avec le sujet, plus en capacité d'agir face à une personnes en situation de crise, plus en capacité d'aborder le sujet avec les « patients » et plus en capacité de repérer et d'évaluer le risque suicidaire. En revanche, 75% des répondants émettent le souhait d'un module complémentaire. Plus récemment, une étude de l'ORS des Pays de la Loire⁹ a mis en évidence que 54 % des médecins généralistes des Pays de la Loire ont déjà suivi une formation sur le repérage et la prise en charge de patients présentant un risque suicidaire¹⁰. Les médecins qui ont suivi ce type de formation semblent aborder plus fréquemment le sujet du suicide avec leurs patients dépressifs. La grande majorité des médecins généralistes des Pays de la Loire (91 %) ont intégré le fait que questionner un patient sur ses idées de suicide ne favorise pas le passage à l'acte. Par contre, 29 % d'entre eux pensent qu'on ne peut pas faire grand-chose lorsque quelqu'un a décidé de mettre fin à ses jours. Enfin, à contre-courant des connaissances actuelles, 36 % d'entre eux pensent que les patients qui parlent de suicide ne passent pas souvent à l'acte.

Concernant les non-professionnels de la santé, l'évaluation rappelle qu'en matière de prévention, avant le PRS 2012 – 2016, **les différents documents de planification prévoyaient de mettre en œuvre des dispositifs d'aide généraux et de lutte contre l'isolement.** Il s'agissait notamment de :

- développer des lieux d'accueil et d'écoute proches, accessibles, disponibles et visibles, notamment en faveur des adolescents et des jeunes adultes ;
- de créer des lieux d'aide et d'écoute spécifiques autour du suicide et de les faire connaître en tant que tels.

Cette forme de prévention entendait s'adresser à des publics en situation de vulnérabilité ou de souffrance psychique et œuvrer tant en termes de lutte contre l'isolement, que de prévention des conduites à risques.

Face à ces objectifs, l'évaluation 2012 de la politique régionale de lutte contre le suicide constate la difficulté de bien connaître l'offre et de mesurer son efficacité. Elle précise : *« il y a une absence de visibilité sur les structures d'accueil et d'écoute. Il semble qu'il y ait beaucoup de points d'écoute, de nature très diverse (portés par les missions locales, les CHR, les Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation (PAIO), les MDA, différentes associations, dont c'est ou non la mission unique, notamment des centres de distribution alimentaire...), mais l'offre n'est pas lisible et pas toujours connue des professionnels. [...] Il y a une grande diversité également du type*

⁹ Source : ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire, « Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire », N° 6, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine libérale. 4 p, 2013

¹⁰ Dont 17% au cours des trois dernières années

d'offre proposée avec notamment la distinction entre les structures qui ne font que de l'accueil téléphonique sans face à face direct avec la personne, sous forme d'écoute anonyme, qui sont souvent des déclinaisons régionales, voire départementales, des associations nationales et celles qui font de l'accueil physique, qui sont souvent les plus difficiles à identifier. Par ailleurs, les investigations font également ressortir des pratiques diverses en termes de modalités de fonctionnement qui ne sont pas toujours connues ni claires pour les usagers potentiels et encore moins pour les professionnels de santé. »

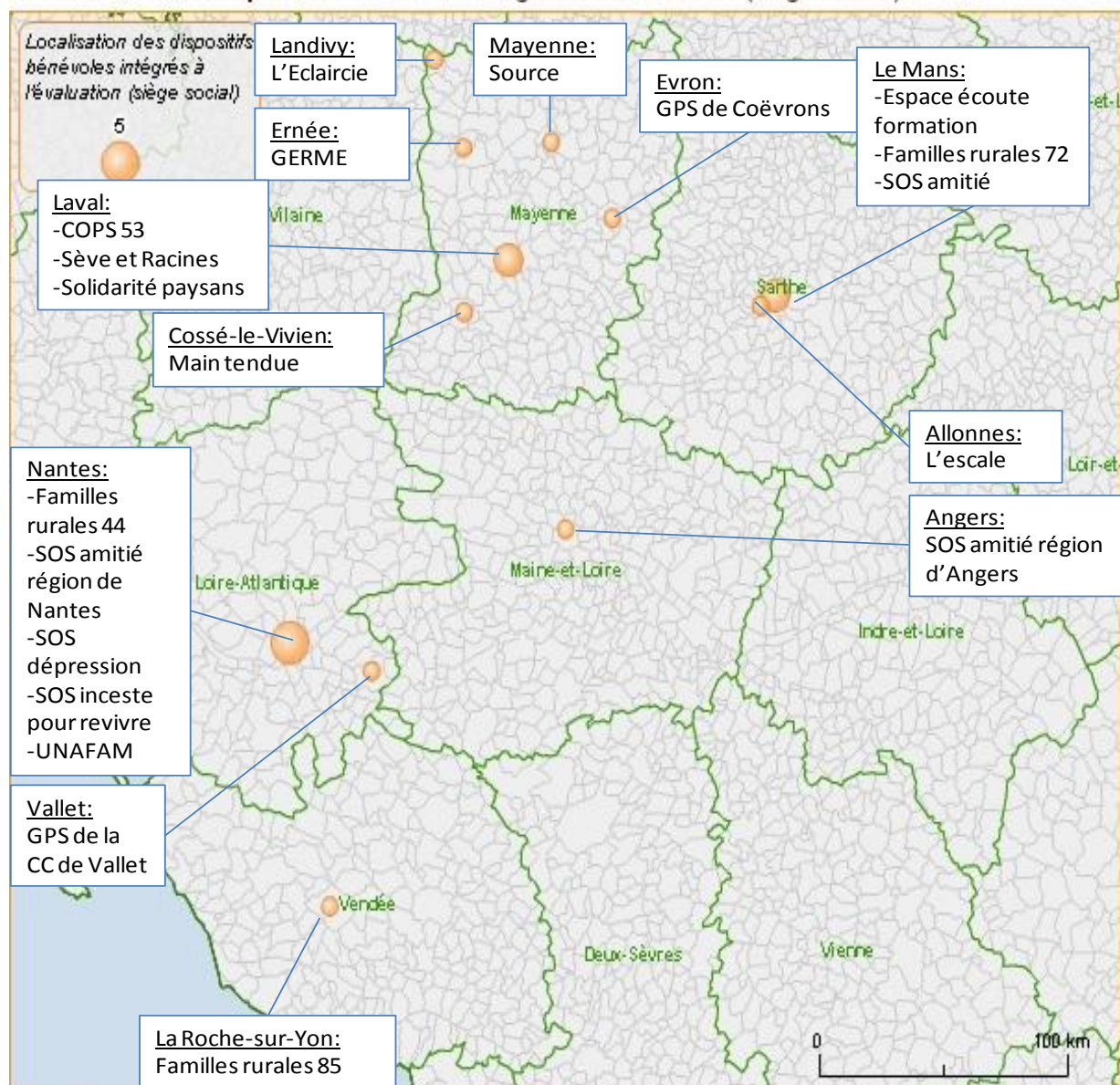
Les sections suivantes ont, par conséquent, vocation à expliciter le fonctionnement et les apports d'une partie de ces dispositifs d'accueil et d'écoute, en l'occurrence, les dispositifs mis en œuvre par des bénévoles.

III. ETAT DES LIEUX DES DISPOSITIFS BENEVOLES DE PREVENTION DU SUICIDE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

3.1. DES PORTEURS DES DISPOSITIFS BENEVOLES TRES DIVERSIFIES

Les 20 structures intégrées à l'évaluation sont réparties dans les cinq départements des Pays de la Loire¹¹. La localisation de leur siège social est représentée dans la carte ci-dessous :

Localisation des dispositifs bénévoles intégrés à l'évaluation (siège social)



© Datar 2012 - IGN GéoFla - Carte réalisée à partir de données importées par l'utilisateur. — Départements

¹¹ Pour rappel, les 20 structures intégrées à l'évaluation ne représentent pas l'ensemble des dispositifs bénévoles intervenant sur le territoire ligérien.

La très grande majorité des structures gérant des dispositifs bénévoles objet de l'évaluation sont des associations (17 sur 20). Deux n'ont pas de statut : il s'agit du GPS du Pays de Coëvrons et du Groupe d'Ecoute, de Rencontres et de Mise en relation au pays de l'Ernée - GERME (tous deux membres du Collectif pour la prévention du suicide et du mal-être de Mayenne - COPS 53). Ce sont des groupes informels, qui réunissent des institutionnels ou des bénévoles souhaitant agir pour la prévention du suicide. Enfin, l'Escale est un service porté par le CCAS d'Allonnes. Parmi les structures associatives, trois sont devenues associations après leur création (GPS de la Communauté de Communes de Vallet, Source et Main Tendue). Cette évolution a été souhaitée pour faciliter la visibilité des structures et l'obtention de subventions. A noter enfin, l'agrément comme organisme de formation d'Espace Ecoute Formation.

L'ancienneté des structures est très variable : de 42 ans pour la plus ancienne à 4 ans pour la plus récente. 7 ont été créées avant 1990, 6 ont été créées entre 1994 et 2000 et 7 ont été créées entre 2003 et 2007.

Sur les 20 structures interrogées, 9 sont affiliées à une association ou fédération nationale. C'est le cas des associations de SOS Amitié, des Familles Rurales, de l'UNAFAM, du COPS 53 et de Solidarité Paysans 53. Les fédérations ou associations nationales ont pour rôle de définir les grandes orientations des mouvements associatifs, d'être les interlocuteurs des pouvoirs publics au niveau national mais surtout d'être des ressources pour les structures locales. Les structures locales sont autonomes dans la définition de leurs interventions ou dans la mise en place de leur organisation. Dans le cas de SOS Amitié, les associations locales sont autonomes et gèrent leur budget propre. Elles définissent également indépendamment leurs modalités de recrutement et de formation des bénévoles. En revanche, toutes les associations SOS Amitié ont en commun une charte déontologique de l'écouter qu'elles s'engagent ainsi que leurs adhérents à respecter. Les fédérations départementales et les associations locales des Familles Rurales sont autonomes pour développer des actions en réponse aux besoins repérés sur le terrain. Quant au COPS 53, en tant que membre de l'Union nationale pour la Prévention du Suicide, association composée de 36 adhérents (dont 2 dans les Pays de la Loire : le COPS 53 et « Au cœur des Flots »), il contribue à l'organisation et à la promotion de la Journée nationale de Prévention du Suicide. Son rôle en tant qu'association départementale est décliné plus bas.

A souligner la **spécificité du COPS 53 qui est ainsi un collectif départemental doté du statut associatif** composé de membres fondateurs¹² et de personnes morales représentantes d'associations déclarées ou d'associations de fait (telles que GERME, Sève et Racines, Main Tendue, Source, le GPS du Pays de Coëvrons, l'Eclaircie). Ces membres ont décidé de se fédérer pour définir et promouvoir en Mayenne la prévention citoyenne du mal-être et du suicide, en s'appuyant sur une approche territorialisée. Chaque membre du collectif a son propre projet, sa propre activité et son propre territoire (les actions des différents membres sont décrites dans la section relative aux activités des dispositifs bénévoles).

¹² Le centre de soins infirmiers de Saint Pierre la Cour, La Croix-Rouge (départementale et antenne de Mayenne), la Fédération départementale de l'ADMR, le GERME, la Pastorale de la Santé, la Délégation Départementale du Secours Catholique, l'Association Sève et Racines.

D'après leur statut, la représentation géographique des structures va du local au national :

- **8 structures ont ainsi une vocation locale.** Cette catégorie est notamment composée des six membres du COPS 53 concernés par l'évaluation, ainsi que du GPS de la Communauté de Communes de Vallet et de l'Escale, en lien avec son rattachement au CCAS d'Allonnes.
- **7 une vocation départementale** (il s'agit en particulier des fédérations départementales de Familles Rurales, du COPS 53, de SOS Amitié Région d'Angers, de SOS Dépression 44, de Solidarité Paysans 53).
- **3 structures ont une vocation supra-départementale :** SOS Amitié Région de Nantes (dont les statuts prévoient qu'elle couvre outre la Loire-Atlantique, la Vendée, la Mayenne et le Maine-et-Loire), SOS Amitié Région du Mans (dont les statuts prévoient qu'elle couvre la Sarthe, la Mayenne et l'Orne) et Espace Ecoute Formation pour son activité de formation.
- **L'UNAFAM a une vocation régionale :** cette structure est organisée en délégation régionale, délégations départementales et permanences locales.
- **1 structure a une vocation nationale :** SOS Inceste pour Revivre.

Dans les faits, la représentation géographique de certaines structures ne se confond pas toujours avec le périmètre d'intervention des dispositifs bénévoles. Certains dispositifs peuvent avoir une activité qui dépasse la représentation géographique prévue dans les statuts (ex : activité d'écoute téléphonique) ou au contraire, une activité plus ciblée sur certains territoires. Pour illustration :

- Les statuts des associations SOS Amitié indiquent le territoire que couvrent les postes d'écoute. Dans les faits, chaque poste d'écoute peut être contacté de n'importe où en France voire à l'étranger, dès lors que la personne a identifié le numéro de téléphone sur Internet ou sur une plaquette de communication.
- Quant à l'association SOS Dépression 44, elle reçoit des appels téléphoniques de tout le département et au-delà, mais ses groupes de paroles sont localisés à Nantes.
- Familles Rurales de Vendée est une fédération départementale mais les groupes de paroles ont lieu à la Roche-sur-Yon.

3.2. DES INITIATIVES BASEES SUR L'IDENTIFICATION LOCALE D'UN BESOIN SANS REFERENCE A LA STRATEGIE REGIONALE DE PREVENTION DU SUICIDE

Les conditions d'émergence des dispositifs bénévoles : une création souvent basée sur l'identification ou l'expression d'un besoin

Les dispositifs bénévoles ont été créés soit :

- **sur la base de besoins repérés localement par des personnes ou des institutions exerçant une fonction d'aide envers leur concitoyens** (élus locaux, élus de la MSA, professionnels de santé, bénévoles engagés dans des associations caritatives ou service diocésain de la Pastorale de la Santé,...). Cette identification des besoins n'a pas toujours donné lieu à une réflexion partagée avec d'autres acteurs locaux (CCAS/CIAS, CLIC, élus, services sanitaires et sociaux de l'Etat, CMP,...).

On distingue ainsi des dispositifs ayant émergé suite à l'identification partagée (L'Escalier, COPS 53, Main Tendue, GERME, Espace Ecoute Formation, GPS de la communauté de commune de Vallet) ou non (l'Eclaircie, SOS Amitié) d'une surmortalité par suicide sur le territoire ou de personnes en souffrance pour lesquelles il n'existait pas de réponse.

Les structures précédées d'une réflexion partenariale sur les besoins et les moyens d'y répondre sont aujourd'hui généralement bien implantées dans le réseau local d'acteurs et travaillent en lien avec des professionnels du secteur social et médico-social. Quant aux liens avec les professionnels de santé, ils sont plus ou moins étroits selon les territoires (cf. section sur l'articulation entre bénévoles et professionnels).

- **Sur la base d'une initiative ou d'une demande de personnes elles-mêmes concernées par la souffrance psychique et le mal-être.**

SOS Dépression 44, SOS Inceste pour Revivre, Solidarité Paysans 53, UNAFAM ont ainsi été créés par des personnes qui ne trouvaient pas de réponses adaptées à leur situation. Les associations Familles Rurales de Vendée et de la Sarthe, qui visent, notamment à répondre aux besoins des familles et à accompagner les parents dans leur mission d'éducation, ont monté des projets visant à aider les personnes en souffrance psychique en réponse à une demande de leurs adhérents.

L'analyse des besoins et des réponses à mettre en place ne s'appuie pas, à quelques rares exceptions, sur les analyses et les programmes de prévention du suicide élaborés au niveau régional (Projet régional de santé) ou national (Programme national d'action contre le suicide). Elle prend sa source sur l'observation et les remontées du terrain.

Des dispositifs bénévoles encadrés par des finalités conformes au Projet régional de santé n'ayant pas le plus souvent pour objectif explicite la prévention du suicide

La lecture des statuts des associations et les échanges avec les responsables des structures mettent en évidence **trois types de finalités** :

- Des structures dont l'objectif est de **lutter contre l'isolement de populations généralement identifiées comme fragiles** (population résidant en milieu rural, agriculteurs,...).
 - Ainsi, les associations du mouvement Familles Rurales entendent développer le lien social et dynamiser les territoires ruraux, afin d'améliorer les conditions de vie des familles ;
 - Solidarité Paysans 53 vise à accompagner et défendre les agriculteurs en difficulté financière et leurs familles pour lutter contre les exclusions et conforter leur autonomie ;

Ce premier type de structures n'a pas d'orientations explicitement formulées en matière de prévention du suicide.

- Des structures dont l'objectif est d'**apporter une aide, un espace de parole à des personnes en souffrance psychique** :
 - SOS Amitié a pour finalité de proposer une écoute 24h/24 et 7jours/7 à des personnes isolées et/ou en souffrance. Les associations de ce mouvement affichent clairement un objectif de prévention du suicide, bien qu'elles affirment également être un dispositif d'écoute généraliste, destiné à toute personne qui a besoin d'être écoutée. Ainsi, il est inscrit en tête de la charte éthique de SOS Amitié que l'objectif premier, mais non exclusif, de l'association est la prévention du suicide.
 - SOS Dépression 44 entend proposer une aide aux personnes dépressives, bipolaires et/ou angoissées et à leur entourage. Parmi les objectifs que l'association se donne figure également « prévenir le suicide ».
 - Espace Ecoute Formation est un organisme de formation, qui s'est donné comme objectif de former à l'écoute humaniste et de développer les compétences relationnelles des professionnels ayant à établir une relation d'aide avec leurs usagers (secteurs social, médico-social et médical). La structure vise également à mettre en place des lieux d'écoute en milieu rural, les Intervals de l'Ecoute, au bénéfice des populations rurales du Perche Sarthois. Ces lieux ont pour objectifs d'améliorer la prise en compte du mal être, de la dépression, du suicide et des tentatives de suicide, de restaurer le lien social et affectif, de développer les compétences psycho-sociales des habitants, d'apporter un soutien moral, dans une approche centrée sur la personne et sur sa capacité à devenir acteur de sa santé et de faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun. Pour l'heure, un dispositif a été implanté sur la commune de Montfort-le-Gesnois.
 - Le dispositif « L'Escale », porté par le CCAS d'Allonnes a pour objet de soutenir les personnes dans leurs difficultés et de les rendre acteurs de leur santé par un accueil de proximité, une écoute, des animations et des actions autour de la

santé, de maintenir et développer le lien social, d'informer et orienter vers les ressources locales et de favoriser la participation des personnes au développement d'une dynamique santé pour la ville. La prévention du suicide n'est donc pas un objectif explicite de l'Escale.

- SOS Inceste pour Revivre a, essentiellement, vocation à aider et accompagner les victimes d'inceste, ainsi que les proches qui souhaitent aider une victime. L'association contribue également à lutter contre l'inceste, notamment en faisant des sensibilisations et des informations en lycée, mais aussi en organisant des conférences ou en participant à des actions avec d'autres associations afin de faire connaître et de favoriser une meilleure compréhension de la problématique.
- L'UNAFAM propose de soutenir les familles et les proches des personnes ayant des troubles psychiques et de contribuer à déstigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiques.

Dans ce cas de figure, la prévention du suicide est souvent une orientation clairement formulée, mais cet affichage n'est pas systématique et, dans tous les cas, ne constitue pas la finalité ou l'objectif unique de la structure.

- Des structures dont l'objectif est plus directement de **prévenir la crise suicidaire, en s'adressant à des personnes ayant des idées suicidaires et/ou en créant un collectif de partenaires** capables d'agir.

- Le GPS de la Communauté de Communes de Vallet souhaite soutenir et briser l'isolement de tous ceux qui sont touchés par le suicide, les personnes qui sont tentées par le suicide ou qui ont déjà tenté de se suicider, leur entourage ainsi que les personnes endeuillées.
- Pour le COPS 53 et ses membres, il s'agit, dans le cadre d'une approche territorialisée, de définir et promouvoir en Mayenne la prévention citoyenne du mal-être et du suicide et de mettre en réseau les acteurs associatifs, les élus territoriaux, les services publics et les professionnels concernés.

Comme indiqué plus haut, au sein du COPS 53, chaque membre adhère évidemment à la finalité du collectif, mais poursuit également un objectif propre. Ainsi, certains visent avant tout un maillage du territoire (Main Tendue, GPS du Pays de Coëvrons). D'autres entendent également proposer directement une aide aux personnes en souffrance (c'est le cas des veilleurs de GERME ou de l'Éclaircie) ou à des personnes endeuillées par le suicide d'un proche (c'est le cas des bénévoles de Source et de Sève et Racines).

Les finalités recherchées par les structures sollicitées correspondent en tout ou en partie aux objectifs du dispositif bénévole qu'elles portent. En effet, selon les cas, les dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique représentent l'ensemble de l'activité des structures (15 structures sur 20), ou une partie seulement (5 structures sur 20). Dans le premier cas, il s'agit surtout des structures proposant des activités d'écoute mais aussi des collectifs comme le GPS de la Communauté de Communes de Vallet et les COPS 53. Dans le second cas, il s'agit de dispositifs intégrés à des structures ayant un objet plus large que la lutte contre la souffrance psychique ou la prévention du suicide, telles que les associations du mouvement des Familles Rurales, Solidarité Paysans 53, l'Escale et

l'UNAFAM. Les réponses bénévoles ont alors été développées après la création de l'association en réponse à des besoins exprimés par les adhérents des structures.

En bref, parmi les dispositifs bénévoles :

- **Une seule structure**, le GPS de la Communauté de Communes de Vallet **visé explicitement l'accompagnement des personnes suicidaires**, via de la veille et de l'écoute.
- **Prévenir le suicide est un objectif pour 12 structures sur 20. A cela s'ajoute deux actions**, l'une portée par Familles Rurales de Vendée, l'autre par Familles Rurales de la Sarthe, structures qui n'ont pas d'objectifs en matière de prévention du suicide mais ont développé des actions dans cette perspective en réponse à un besoin des adhérents.

Cet objectif peut être mis en œuvre de manière très diversifiée en proposant de l'écoute, de la veille, des actions de sensibilisation/promotion de la prévention du suicide, des groupes de paroles à des personnes endeuillées, des groupes de paroles pour des personnes dépressives. Certaines structures proposent plusieurs types d'actions (cf. section relative aux actions réalisées).

- **5 structures formulent des objectifs visant davantage à apporter un soutien aux personnes isolées, à maintenir et développer le lien social.** La concrétisation de cet objectif passe par des actions d'écoute, des groupes de paroles, de la veille correspondant à des visites de courtoisie, des actions de sensibilisation.

Ces objectifs sont mentionnés dans les actions de communication des structures. Mais, parmi les bénévoles rencontrés, certains n'associent pas leur rôle à un objectif de prévention du suicide, y compris des bénévoles qui appartiennent à des dispositifs affichant pourtant cette dimension. L'accompagnement des personnes suicidaires est un rôle qui suscite encore davantage de réactions de rejet.

En correspondance avec ces objectifs, les structures étudiées mettent en œuvre une ou des activités en direction des personnes en souffrance psychique. **Cinq catégories d'actions** majoritairement réalisées par des bénévoles peuvent être identifiées :

- **Des activités de veille,**

Ces activités visent à **aller vers des personnes repérées** comme étant en souffrance et à leur offrir la possibilité de s'exprimer si elles le souhaitent. Il y a donc, **suite à une phase de repérage exercée par des partenaires, une démarche active des bénévoles** pour aller à la rencontre des personnes. La veille prend la forme d'une observation et d'une **attention bienveillante**. Les bénévoles se donnent alors pour mission de **créer une relation de confiance et un espace d'échanges** avec la personne en souffrance. Si nécessaire, ils alertent la famille, les professionnels de santé (médecins traitants ou psychiatres), voire le Samu ou les Pompiers.

Deux types de veille sont à distinguer :

- une veille ayant une vocation sociale, visant à rompre la solitude de la personne, à lui permettre de passer un moment agréable,

- une veille, moins fréquemment développée, ayant une vocation clairement orientée vers l'accompagnement des personnes suicidaires. Ce type de veille induit des pratiques de repérage des risques suicidaires.
- **Des activités d'accueil et d'écoute de personnes en souffrance,**
 Dans le cadre d'une **rencontre individuelle (par téléphone, Internet ou en face à face)**, les activités d'écoute et d'accueil des personnes en souffrance correspondent également à un espace de parole mais, dans ce cas, ***l'initiative vient de la personne, qui peut s'exprimer librement, le temps qu'elle souhaite, sans cadre strict et sans objectif fixé à l'entretien.*** Les bénévoles n'ont pas pour rôle d'aller vers les personnes pour leur proposer un temps d'écoute. La très grande majorité des dispositifs bénévoles s'appuie sur les ***principes de l'écoute préconisés par Carl Rogers.*** Cette écoute est ***centrée sur la personne*** : elle est basée sur l'empathie, l'authenticité, le non-jugement et la non-directivité.
- **Des activités de groupes de paroles.**
 Ce type d'activité offre aussi des espaces de paroles, dont la spécificité est de ***viser le partage d'expériences et d'émotions entre pairs*** (c'est-à-dire entre personnes ayant la même souffrance), ***en la présence d'un tiers animateur/régulateur.***
- **La création de collectifs rassemblant différents types d'acteurs** (acteurs institutionnels, élus, services sociaux, associations, citoyens,...). Ces groupes ont pour finalité de ***créer une culture commune sur un territoire autour du mal-être et de la prévention du suicide*** et de ***donner à chacun la capacité d'agir*** face à un risque suicidaire.
- **Des activités de sensibilisation, d'information** en lien avec le mal-être, la souffrance, ou plus directement avec le suicide et sa prévention.

Les actions des dispositifs bénévoles sont donc diversifiées. L'écoute téléphonique est l'activité qui couvre la plus grande partie du territoire car elle est proposée par des dispositifs départementaux. Les autres types d'activité sont beaucoup plus localisés. Le détail des objectifs et de l'organisation des actions est présenté dans la section suivante.

3.3. AUX COTES DE L'ACTIVITE CENTRALE D'ECOUTE, D'AUTRES TYPES D'INTERVENTION INDIVIDUELLE OU COLLECTIVE

Les activités de veille : de la création du lien social au repérage et à l'accompagnement des personnes avec comportement suicidaire

Cinq structures peuvent être considérées comme proposant une activité de veille à leurs usagers : Familles Rurales 44, Familles Rurales 72, GERME, l'Eclaircie et le GPS de la Communauté de Communes de Vallet.

Les dispositifs bénévoles mis en place par ces cinq structures **ont en commun d'aller vers** des personnes repérées comme fragiles, isolées, en souffrance et de leur porter une attention pour

leur permettre d'aller mieux. Néanmoins, ils n'ont **ni tout à fait les mêmes finalités, ni les mêmes modalités de mise en œuvre.**

Concernant les finalités, **deux dispositifs se situent plutôt dans la création du lien social**, pour éviter à des personnes de rester seules :

- L'action Un Jour Part'Âgé de Familles Rurales 44 propose des animations collectives à des personnes isolées socialement, qui ne peuvent plus se déplacer : il s'agit de leur permettre de sortir de chez elles, de rencontrer d'autres personnes. Ce qui prévaut dans cet accueil n'est pas l'animation au sens de l'activité, mais l'animation au sens d'échanges humains, recréant le lien social appauvri, voire perdu.
- Dans la Sarthe, les Voisineurs de Familles Rurales 72 réalisent des visites de convivialité, qui vont à la fois permettre à la personne de s'exprimer, mais aussi de réaliser des actes de la vie quotidienne qu'elle ne peut plus faire seule : aller chez le médecin, faire ses courses, lire, se promener,... En complément, les bénévoles organisent parfois des actions collectives, pour sortir de la relation individuelle entre le bénévole et le bénéficiaire et permettre aux personnes âgées de se resocialiser.

Les trois autres dispositifs de veille s'adressent, a priori, à des personnes présentant un risque suicidaire plus élevé :

- Le GPS de la Communautés de Communes de Vallet a formé plus de 100 sentinelles bénévoles au repérage des situations de souffrance psychique et de crise suicidaire. Lorsqu'elles détectent une personne en détresse, les sentinelles rapportent la situation à un membre de l'association (Président, écoutant de permanence, psychologue assurant la supervision des écoutants,...). De la même manière, l'alerte peut être donnée par les acteurs de proximité (ex : pompiers, aides à domicile, directeur d'EHPAD,...). A la suite d'une alerte, une sentinelle et un écoutant du GPS résidant sur la commune concernée contactent la personne et proposent de la rencontrer à son domicile ou au local du GPS à Vallet. Un nouveau rendez-vous avec les bénévoles ou une orientation vers le médecin traitant, un psychiatre, un psychologue, un service social,...peuvent alors être proposés.
- Dans le cas de GERME, qui ne dispose ni de locaux, ni de numéro de téléphone, les veilleurs ne sont pas identifiés par la population. Ils interviennent en contactant la personne ou un de ses proches dès lors qu'ils identifient une situation de souffrance (eux-mêmes ou par le bouche à oreille) ou qu'ils sont alertés par une structure du territoire.
- L'Eclaircie a un fonctionnement similaire : les bénévoles (environ un sur chacune des neuf communes du canton de Landivy) ont pour mission de soutenir les personnes et les familles. La population est informée de ce service oralement ou par le biais d'affiches.

A noter que les veilleurs de GERME et de l'Eclaircie indiquent qu'ils accompagnent des personnes en souffrance psychique, souffrant de solitude, voire de dépression. Ils ne centrent pas leur action sur l'accompagnement des personnes suicidaires.

Concernant les modalités de mise en œuvre,

- Quatre dispositifs sur cinq correspondent à des visites à domicile. La veille est réalisée par des sentinelles (dans le cas du GPS de la Communauté de Communes de Vallet), par des veilleurs (dans le cas de GERME ou de l'Eclaircie) ou par des « Voisineurs » dans le cas de Familles Rurales 72. L'intervention est déclenchée par une alerte du réseau ou par les veilleurs eux-mêmes qui repèrent une situation de vulnérabilité.
- Le quatrième, Un Jour Part'Âgé, consiste en des activités collectives, qui ont lieu dans des salles municipales. Les personnes sont encadrées par des professionnels (une animatrice) et des bénévoles.

A noter que d'autres territoires envisagent la mise en place d'un GPS et ont rencontré celui de la Communauté de Communes de Vallet pour s'informer : les Mauges, la communauté de communes de Loire-Divatte et la commune de Château-Gontier, que le COPS 53 accompagne dans sa démarche. Mais, si l'on considère l'activité du GPS du Pays de Coëvrons, centrée sur les actions de sensibilisation et d'information, tous les GPS n'ont pas vocation à mettre en œuvre des actions de veille.

Concernant les autres dispositifs, on considère dans le présent document qu'ils ne font pas de veille, au sens où il n'y a pas de processus de repérage, d'alerte et de démarche « d'aller vers » des personnes en détresse.

Les activités d'écoute : une écoute généraliste, centrée sur la personne, visant la libre expression

Les activités d'écoute sont **réalisées par 10 structures** au titre de leur activité principale et par 4 structures au titre d'une activité secondaire.

Plusieurs modalités d'écoute sont repérées : écoute par téléphone, chat ou messagerie ou écoute en face à face.

Hormis deux structures, toutes ont une approche de l'écoute suivant les principes de Carl ROGERS. L'écoute doit être généraliste (ou globale), centrée sur la personne et non directive. Elle est aussi inconditionnelle, c'est-à-dire que toute sollicitation doit être prise en considération, sans jugement de valeur sur les propos ou comportements de l'interlocuteur. L'échange entre l'écouter et l'écouter doit permettre la mobilisation des ressources et potentiels de l'écouter. Dans les deux autres structures, l'écoute est plutôt basée sur l'empathie des bénévoles.

L'écoute est la conséquence d'une démarche volontaire de la personne. A la différence des activités de veille, les écoutants n'ont pas de démarche d'« aller vers ».

Les principes d'anonymat et de confidentialité sont également fondamentaux. A SOS Amitié, la charte nationale impose l'anonymat de l'écouter comme de l'écouter et la confidentialité absolue des propos entendus. Dans le cadre de l'écoute en face à face, ses principes sont également importants.

L'écoute est réalisée de la même manière quelque soit le profil de l'usager. Selon un des responsables de structures, une fois l'appel pris, « *c'est ensuite du cousu main. C'est une rencontre singulière entre deux êtres. C'est une rencontre fragile : il y a un risque pour l'appelant et un risque pour l'écouter* ».

Si les principes déontologiques d'écoute sont globalement similaires dans l'ensemble des structures, l'organisation diffère cependant d'un dispositif bénévole à l'autre.

L'écoute téléphonique, par messagerie ou chat

L'écoute téléphonique, par chat ou par messagerie a lieu **dans un local dédié à cet objet** : la plupart des responsables de structures affirment l'importance de ce lieu pour préserver les bénévoles et la qualité de l'écoute¹³, bien que cela puisse poser des problèmes logistiques à des écoutants parfois éloignés de ce lieu. Ainsi, un des responsables de dispositifs a refusé de répondre à une sollicitation de bénévoles demandant à réaliser l'écoute téléphonique depuis leur domicile. A l'inverse, dans une des petites structures interrogées, il apparaît que certains bénévoles communiquent parfois leur numéro de téléphone personnel aux appelants. C'est le seul cas de figure repéré.

L'écoute est réalisée par un écoutant généralement seul dans le local, à l'exception des phases de formation. En effet, la plupart des postes d'écoute disposent d'une ligne unique de téléphone. Seul SOS Amitié Région du Mans dispose, depuis 3 ans, d'une seconde ligne, qui fonctionne en soirée pour faire face à l'affluence d'appels (de 18h à minuit)¹⁴.

Concernant les amplitudes horaires, les associations SOS Amitié et la cellule écoute du GPS de la Communauté de Communes de Vallet ont vocation à proposer un service 24h/24, sept jours sur sept. L'activité des SOS Amitié est cependant sans commune mesure avec l'activité du GPS de Vallet. Au sein du groupe de prévention du suicide de Vallet, le Président de l'association estime à 4 ou 5 le nombre d'appels par semaine, contre en moyenne 270 pour les associations SOS Amitié. SOS Amitié estime atteindre entre 60% et 70% de la couverture horaire des permanences téléphoniques : les créneaux les plus difficiles à couvrir se situent la nuit, entre minuit et 8h du matin (pour une des structures, les difficultés se posent dès 22h30). Lorsqu'il n'y a pas d'écouter, un répondeur invite l'appelant à contacter une autre plateforme d'appels. De même, lorsque la ligne est occupée, soit un répondeur invite l'appelant à renouveler son appel, soit l'appelant déduit de la sonnerie qu'il devra rappeler plus tard. A l'heure actuelle, il n'y a pas de basculement automatique des appels vers les postes disponibles mais c'est à l'étude avec l'INPES. Cela permettrait d'envisager à l'avenir un numéro unique. Il pourrait s'agir d'un numéro standard européen (SOS Amitié fait partie d'une fédération internationale, regroupant des acteurs de l'écoute dans 20 pays – IFOTES, soit la fédération internationale des services de secours par téléphone).

Dans les autres structures, l'écoute est proposée de manière plus ponctuelle : 2h quatre fois par semaine, deux fois 2h par semaine (hors week-end et nuit), ou de manière plus épisodique, sans que des créneaux très précis soient déterminés. Dans ce cas, les bénévoles

¹³ L'écoute dans un espace dédié doit permettre à l'écouter de se consacrer entièrement à l'appelant, d'être totalement disponible pour lui.

¹⁴ A la demande de la fédération, une seule ligne fonctionne en journée.

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

disposent généralement d'un portable, qu'ils conservent sur une période donnée pendant laquelle ils doivent répondre aux appels.

La durée moyenne des appels est très variable : de 15 à 30 minutes selon les structures.

Seule une structure réalise l'écoute téléphonique sur rendez-vous. Dans les autres cas, les appels sont pris directement.

L'écoute par messagerie ou chat a été proposée pour répondre aux besoins de populations qui n'utilisent pas facilement le téléphone, en particulier les jeunes ou les personnes plus timides. Cette modalité d'écoute est offerte par SOS Amitié et par SOS Inceste pour Revivre. L'écoute par chat est organisée au niveau national. Elle se déroule entre 19h et 23h. La durée moyenne d'un chat est de 31min. Quant à la messagerie, les réponses sont apportées sous 48h maximum, y compris si le message est vide. En 2012, le délai moyen de réponse est de 21h47.

L'écoute en face à face

L'écoute en face à face respecte les mêmes principes déontologiques que l'écoute téléphonique.

Elle se déroule sans ou sur rendez-vous. **La principale différence avec l'écoute téléphonique est qu'elle est généralement assurée par un binôme de bénévoles (sauf dans une structure).** Le recours à deux bénévoles est justifié par différentes raisons, selon les structures :

- La volonté d'être le plus attentif possible aux personnes écoutées,
- La volonté de réduire les risques de dépendance entre un usager et un bénévole,
Ce risque a été évoqué par plusieurs responsables de structures. Pour y remédier, outre le binôme, les structures exigent que les usagers changent systématiquement d'écouter.
- La volonté de préserver les bénévoles face à des histoires difficiles à entendre.
- La volonté de distinguer l'écoute en face à face d'une relation thérapeutique.

Dans la plupart des structures, l'écoute en face à face se déroule sur des temps dédiés à l'écoute. Ce n'est pas le cas des Intervalles de l'Ecoute, créés en 2009 par Espace Ecoute Formation en partenariat avec le Centre social de Montfort-le-Gesnois, qui copilote le dispositif : l'écoute est ici proposée au moment de la distribution des colis alimentaires.

Les permanences d'écoute en face à face ont lieu ponctuellement : une fois tous les 15 jours, une fois par semaine, quatre après-midi par semaine, en fonction des besoins, une fois tous les trimestres à des horaires et des jours différents,...

Les activités de groupes de paroles : un échange d'expériences régulé par un binôme d'animateurs

6 structures proposent des groupes de paroles.

Les groupes de paroles sont souvent moins généralistes que les activités d'écoute et s'adressent à un public plus spécifique : personnes dépressives pour SOS Dépression, victimes d'inceste pour SOS Inceste pour Revivre, aidants familiaux pour l'UNAFAM, agriculteurs en difficulté pour Solidarité Paysans 53...Plusieurs groupes de paroles sont dédiés aux personnes endeuillées. C'est le cas des groupes proposés par Familles Rurales de Vendée et de la Sarthe et par l'association Sève et Racines.

L'animation de ces groupes de paroles est très souvent confiée à des professionnels (psychologues) **intervenant à titre gracieux ou rémunérés, secondés ou non par des bénévoles.** Les échanges avec les responsables de structures n'ont pas systématiquement mis en évidence l'utilisation d'outils spécifiques utilisés pour la conduite de ces réunions, si ce n'est l'édiction des règles du jeu, concernant notamment la confidentialité des informations échangées lors des groupes, le respect de la parole ou du silence de l'autre,... Les intervenants psychologues sont ainsi présents pour réguler les échanges et assurer la progression de la discussion. On peut toutefois citer l'exemple d'un groupe de paroles à destination de jeunes endeuillés dans lequel intervient un art-thérapeute. Dans la même association, un groupe de parole à destination d'adultes cette fois s'appuie sur la planification du déroulement des différentes séances.

Les groupes de paroles sont ouverts (les personnes viennent quand elles le souhaitent), dans 4 structures sur 6, **ou fermés** (les personnes s'engagent à respecter une certaine assiduité sur une période donnée, généralement de quelques mois). La fréquence des groupes est très variable d'une structure à l'autre : hebdomadaire à SOS Dépression 44, bimensuelle à Familles Rurales 72, biannuelle à l'UNAFAM,...

Le nombre de participants ne dépasse généralement pas 15 personnes. Les plus petits groupes de paroles réunissent 4 à 5 personnes. Cependant, les groupes ouverts peuvent avoir plus de difficulté au niveau de la fréquentation, même si les structures constatent une certaine régularité des participants avec le temps.

L'objectif des groupes de paroles est de permettre aux personnes d'échanger entre elles. Le rôle des animateurs n'est pas tant de conseiller que de garantir le respect des règles et du cadre de la discussion, en s'assurant notamment que chacun puisse s'exprimer et qu'il n'y ait pas de jugement porté. L'aide doit venir des participants eux-mêmes.

Les activités de sensibilisation, d'information et de formation : des actions inscrites dans un cadre partenarial visant l'amélioration des connaissances de la population

Nombreuses sont les structures qui proposent des activités de sensibilisation et d'information. Soit elles sont à l'initiative de ces actions, soit elles contribuent à leur réalisation. **Seules 6 structures n'interviennent pas dans ce domaine, mais peu ciblent expressément le suicide** : elles abordent plutôt le mal-être, la solitude, le deuil,...

Sans doute pour accroître leur rayonnement, les actions de ce type **s'appuient souvent sur un événement national**, en particulier les Journées Nationales de Prévention du Suicide, ou la Semaine de la Santé Mentale. Elles peuvent également être organisées à l'occasion de manifestations plus locales, telles que les forums du Bien Vieillir.

Le plus souvent, il s'agit de conférences-débat. Pour exemple, les thèmes suivants ont été, entre autres, abordés en 2012/2013 : « l'importance du travail de deuil », « la solitude après la mort de son conjoint », « mal-être, déprime, dépression : si on en parlait ? », « Mal-être dans le monde agricole : c'est toute la société qui va mal » ...Ces conférences sont ouvertes à tous publics. Elles touchent majoritairement des particuliers (et mobilisent moins les professionnels). **L'ensemble des conférences font intervenir des professionnels** (psychologues, psychiatres, sociologues, sophrologues,...). Certaines structures, rares, constatent, pourtant, une difficulté à trouver des tels intervenants professionnels. Ces actions sont quasi systématiquement montées en partenariat avec d'autres associations et acteurs institutionnels (collectivités locales, assurance maladie, Conseil général,...), qui apportent un soutien matériel (édition d'affiches, de flyers, mise à disposition d'une salle,...). Les structures mobilisent souvent leurs fonds propres pour organiser ces manifestations (indemnisation des intervenants notamment).

D'une manière un peu différente, la dernière action du COPS 53 correspond à l'organisation d'une pièce de théâtre « Semailles d'Automne », qui a consisté en quatre soirées débat en novembre 2012 sur quatre communes du département : Evron, Cossé le Vivien, Mayenne, et Laval. 540 participants ont été dénombrés sur les quatre soirées. Avant la création du COPS 53, un certain nombre de ses membres organisaient déjà des conférences débats ou réunions publiques (GERME, Sève et Racines, Main Tendue, GPS du Pays de Coëvrons). Depuis, ils s'inscrivent dans les actions du collectif.

Au-delà de la sensibilisation du grand public à la prévention du suicide, les structures peuvent également proposer des actions visant à les faire connaître par le biais de stands lors de forums, de rencontres avec des institutionnels ou d'articles (cf. section relative aux actions de communication).

Les activités visant la constitution de collectifs d'acteurs en capacité d'agir face à des comportements suicidaires

Entrent dans cette catégorie d'acteurs le COPS 53, le GPS du Pays de Coëvrons, GERME (tous deux membres du COPS 53) et le GPS de la Communauté de Communes de Vallet. Pour information, un Collectif prévention du mal être et du suicide est en cours de constitution dans la Sarthe.

Le principe de départ sur lequel s'appuie leur action est l'affirmation que tout citoyen peut contribuer à prévenir le suicide, à condition qu'il ait été sensibilisé, voire formé aux mécanismes qui peuvent conduire au suicide, qu'il puisse écouter la personne en mal-être, agir et/ou établir des relais vers les acteurs compétents. Leur point d'ancrage est, par conséquent, la réalisation d'actions collectives de sensibilisation, de réflexion ou la formation au repérage de la crise suicidaire qui devraient permettre de partager une culture commune autour de la notion de prévention du suicide. Concernant la formation au repérage de la crise suicidaire, les

dispositifs bénévoles s'appuient sur le programme de formation financé par l'ARS des Pays de la Loire.

Des activités spécifiques hors typologie mises en œuvre par les structures sollicitées

Deux associations mettent en œuvre des actions spécifiques, qui ne peuvent être rattachées à aucun type d'action mentionné préalablement. Il s'agit de :

- L'association Espace Ecoute Formation, qui forme à la compétence relationnelle des professionnels du secteur social, médico-social ou éducatif intervenant dans une relation d'aide à la personne, des parents ainsi que des bénévoles réalisant du soutien moral, de l'animation de groupes de paroles ou des visites à domicile. L'objectif de l'association est de développer les compétences relationnelles de la personne en pratiquant l'écoute centrée sur la personne. Sont ainsi proposées des formations à l'écoute, des formations-actions et des groupes de paroles ou d'analyse de la pratique. Cette activité de formation n'est pas réalisée par des bénévoles.
- L'UNAFAM, qui, outre des groupes de paroles à l'intention des familles, organise des permanences téléphoniques au niveau de chaque délégation départementale. Ces permanences sont réalisées par des bénévoles. Elles doivent permettre de rapidement cerner les besoins, les demandes de la personne pour ensuite l'orienter vers le type de réponse le plus adapté. Certaines personnes sont ainsi orientées vers le dispositif d'écoute de l'UNAFAM, Ecoute-Familles, géré par des psychologues cliniciennes. Le plus souvent, les appelants sont orientés vers les locaux des permanences départementales. Ces permanences permettent aux familles d'obtenir des conseils, des informations sur la maladie psychique, et les ressources ou contacts utiles par rapport à leurs besoins.

3.4. LES RESSOURCES DES DISPOSITIFS BENEVOLES : DES MOYENS FRAGILES

Des équipes de bénévoles de taille variable, une exigence plus ou moins importante en termes de recrutement, formation, encadrement.

Des équipes de bénévoles de taille très variable, dont la stabilité s'amointrit avec le temps

Selon les dispositifs, **la taille des équipes bénévoles est très variable, allant de 3 à 200 bénévoles** pour une association régionale, **la moyenne se situant aux alentours de 30**. Au global, les 20 structures rassemblent plus de 700 bénévoles.

Les bénévoles retraités sont les plus nombreux, mais plusieurs associations indiquent compter parmi leurs bénévoles une majorité d'actifs, ou un nombre d'actifs en croissance : L'Escale, Familles Rurales 85, SOS Amitié Région du Mans, Espace Ecoute Formation (l'information n'est pas connue pour 6 structures). Les profils peuvent être très diversifiés (enseignants, employés des assurances,...) mais beaucoup viennent du secteur médico-social ou social : pompiers, agents d'EHPAD, aides à domicile, travailleurs sociaux, ...voire du secteur de la santé : infirmiers, psychologues, psychiatres,... Dans des structures comme l'UNAFAM, Solidarité Paysans 53 ou SOS Inceste pour Revivre, certains bénévoles sont d'anciens bénéficiaires du

dispositif bénévole. Une des associations a mentionné ne pas vouloir recruter de psychologues comme bénévoles écoutants pour ne pas risquer une confusion des rôles. Pour les autres, il n'y a pas d'exigences en matière de qualifications professionnelles.

Le temps consacré aux dispositifs par les bénévoles est hétérogène, d'une trentaine d'heures par an à 240h par an.

Si les responsables des structures évoquent **une certaine stabilité des équipes, un phénomène d'essoufflement des bénévoles est perceptible**. Des structures comptent certes des membres présents depuis l'origine du dispositif, mais trois structures sont particulièrement concernées par un vieillissement de leurs bénévoles, qu'elles n'arrivent pas à renouveler. Tous types d'action confondus, en lien avec le premier point, les bénévoles les plus anciens commencent, en effet, à être « usés » par leur engagement. Plusieurs d'entre eux constatent que « *l'implication nécessaire à l'intervention bénévole est lourde* ». Ils regrettent la fragilité de leurs structures qui « *reposent uniquement sur les bonnes volontés* » : les bénévoles ne disposent d'aucune aide pérenne pour les aider dans les tâches de communication, de coordination, de secrétariat,... Ils soulignent également que la disponibilité manque pour participer aux formations, aux séances de supervision, aux conférences, d'autant plus lorsqu'elles n'ont pas lieu sur leur lieu de résidence.

En termes de motivation, nombreux sont les bénévoles qui souhaitent mettre à profit leur disponibilité en apportant autant que possible leur aide à des personnes en difficulté. Ils exercent alors une activité qui leur apparaît utile et dont ils retirent une forme de satisfaction personnelle et de valorisation. **Trois motifs principaux sont avancés pour expliquer l'engagement bénévole :**

- **Le souhait de poursuivre une démarche d'aide** entamée dans le cadre d'une profession sociale ou de psychologue.
- **Le souhait de partager une expérience vécue** de confrontation à une très grande souffrance ou à la maladie mentale. Cette situation peut les concerner eux-mêmes ou un de leurs proches.
- **La volonté de contribuer à la lutte contre le suicide**, pour des bénévoles interpellés par le nombre de suicides ou de tentatives sur leur territoire.

Ce troisième et dernier motif n'est pas majoritairement exprimé par les bénévoles rencontrés. Au contraire, l'évocation d'un rôle en matière de prévention du suicide peut susciter des réticences. Un bénévole – veilleur, qui a refusé de participer à la formation au repérage de la crise suicidaire, déclare ainsi : « *je ne veux pas me faire embarquer là-dedans* ».

Six dispositifs sur vingt très exigeants quant au recrutement et à la disponibilité demandée aux bénévoles

Le recrutement est une étape difficile dans de nombreuses associations (10 associations sur 20 l'évoquent comme une difficulté majeure ; trois indiquent qu'elles n'ont pas de problème de recrutement). Outre la baisse tendancielle des vocations, les bénévoles interviewés émettent des hypothèses spécifiques à leur domaine d'action :

- La lutte contre le mal-être n'est pas un sujet très attractif. Certains bénévoles se demandent donc comment intéresser les gens à s'impliquer dans leur association.
- Les contraintes liées à l'engagement bénévole peuvent constituer un frein aux candidatures, dans certaines associations (durée de la formation, disponibilité minimale exigée par la structure,...).
- Le manque de visibilité des structures est également avancé comme un facteur explicatif. Concernant spécifiquement SOS Amitié, le principe d'anonymat des écoutants et des lieux d'écoute, l'existence d'une ligne téléphonique unique correspondant à la ligne d'écoute a notamment pu être préjudiciable. Pour remédier à la situation, SOS Amitié a, cependant, modifié sa stratégie de communication : désormais, les membres du CA, qui ne sont pas écoutants, peuvent promouvoir leur association.

Certaines structures sont, en effet, très sélectives et ont une procédure longue de recrutement : celle-ci s'appuie sur plusieurs entretiens, dont un avec un psychologue extérieur à l'association et s'achève parfois à l'issue du processus de formation initiale. Ces structures sont les associations souvent importantes en taille, mais aussi bien structurées et organisées qui proposent des activités d'écoute. Elles s'appuient systématiquement sur un entretien avec un psychologue libéral pour évaluer l'équilibre du candidat et sa capacité à faire face à des situations difficiles.

Pour illustration au sujet de la sélectivité de certaines associations :

- Dans une structure proposant de l'écoute téléphonique, en 2012, 32 candidats ont été reçus à un premier entretien. 19 ont eu un entretien avec le psychologue de recrutement. 15 personnes ont finalement commencé la formation, mais 6 l'ont abandonnée ou n'ont pas été retenues. Finalement 9 personnes ont suivi la formation dans son ensemble et seules 3 ont intégré l'association.
- Dans une structure proposant de l'écoute en face à face, 32 candidatures ont été envoyées lors de la première vague de recrutement entre 2008 et 2009. 2 personnes n'ont pas donné suite, 13 se sont désistées au cours de la procédure de recrutement, 6 ont reçu un avis défavorable et 11 un avis favorable. Ces dernières ont donc pu commencer la formation initiale. Lors de la deuxième phase de recrutement, entre 2010 et 2012, parmi 7 candidatures, 4 ont obtenu un avis favorable, 1 un avis défavorable et 2 ont interrompu la démarche.

Cette sélectivité a un coût parfois non négligeable pour les structures, lorsque les personnes abandonnent ou ne sont pas retenues après la formation initiale et lorsque des entretiens d'évaluation sont réalisés chez un psychologue.

Dans les structures plus petites, moins structurées, le recrutement s'appuie sur un échange plus ou moins formel avec le responsable. **Les candidatures sont rarement rejetées**, sauf signe manifeste d'inadéquation avec la mission des bénévoles.

De manière générale, les qualités recherchées se situent au niveau de la motivation, et de la capacité d'empathie des candidats. Les associations s'appuyant sur une démarche sélective de recrutement examinent également les capacités relationnelles, la qualité d'écoute, la capacité à prendre de la distance, la discrétion et la disponibilité des postulants.

Des actions de communication font généralement connaître le besoin de recrutement (annonces radiophoniques, dans la presse locale, dans les bulletins municipaux, conférences,...). La plupart des associations recrutent en permanence pour faire face aux départs ou au besoin d'un nombre accru de bénévoles pour couvrir toutes les périodes d'accueil.

Toutes les structures interrogées ont une charte du bénévole ou de l'écoutant, que les nouveaux bénévoles sont souvent invités à parapher comme signe d'un engagement à respecter les principes déontologiques poursuivis par la structure.

Dans quelques associations (5 sur 20), les nouveaux bénévoles signent un contrat, qui a une valeur morale. Ce contrat rappelle les obligations du bénévole (notamment l'obligation de formation, de participer aux séances de supervision, pour les structures qui proposent des activités impliquant l'accueil de bénéficiaires) et le temps que le bénévole doit consacrer au dispositif.

Des bénévoles écoutants généralement bien formés à l'écoute et encadrés qui peuvent se trouver en difficulté face à des personnes suicidaires ; des bénévoles souvent très isolés dans leur activité de veille

Il n'existe pas de référentiel unique de formations des bénévoles, y compris si l'on procède par type d'activité. Chaque structure a développé son propre programme de formation (en terme de contenu, de durée) et recourt à des formateurs diversifiés (externes ou internes). La formation est donc diversement réalisée selon les structures :

- **Quand le dispositif bénévole est un dispositif d'écoute, il y a le plus souvent une formation initiale importante à l'écoute avant l'intégration dans l'association.** Les sessions de formation les plus longues concernent les bénévoles des associations SOS Amitié (50h dispensées sur 3 à 5 mois). Dans les autres structures, la formation va de 1 à 6 jours. Les formations sont dispensées par différents professionnels : des psychologues et psychiatres chez SOS Amitié et l'Escal, Espace Ecoute Formation, dont la directrice pédagogique est psychopraticienne, pour le COPS 53 de Mayenne, ses membres et Solidarités Paysans 53. Selon les cas, la formation à l'écoute peut être systématique (SOS Amitié, L'Escal, SOS Dépression, Espace Ecoute Formation,...) ou ne concerner que quelques bénévoles (membres du réseau du COPS 53, par exemple). Une structure propose une auto-formation, la Présidente étant psychologue clinicienne de métier. Outre les apports théoriques, les formations initiales s'accompagnent de mises en situation, dans le cadre de simulations ou d'appels reçus par le stagiaire en binôme avec un écoutant expérimenté.

En fonction des structures, de leur taille et de leur activité, plusieurs sessions de formation initiale peuvent être organisées par an.

- **Dans des structures orientées vers la lutte contre l'isolement et la création ou le maintien du lien social, ce sont des formations à l'accueil ou spécifiques à l'activité de la structure qui sont proposées** (UNAFAM, Familles Rurales, Solidarités Paysans).
- **L'animation de groupes de paroles ne donne pas lieu une formation spécifique des bénévoles**, puisque ce sont des professionnels, intervenant à titre bénévole ou non, qui animent les réunions. Ces intervenants s'appuient donc sur leur formation initiale de

psychologues ou d'animateurs. Ils peuvent éventuellement être formés à l'écoute et/ou au repérage de la crise suicidaire.

- **Pour réaliser l'activité bénévole de l'UNAFAM**, visant l'accueil de familles de malades et la délivrance d'informations sur les maladies mentales, les bénévoles sont formés à la compréhension de ces maladies et à l'accueil. Ils peuvent également bénéficier d'autres formations, telles que la formation au repérage de la crise suicidaire, la formation relative à l'accompagnement à la sortie de l'hôpital ou encore une formation intitulée « Comment représenter les usagers ? ».
- **Concernant les formations continues, elles concernent essentiellement les bénévoles écoutants.** Différentes approches sont adoptées :
 - La formation continue peut consister pour les bénévoles à bénéficier à nouveau de la formation initiale ;
 - Elle peut consister en la participation à de nouveaux modules proposés par la structure suite à une demande des bénévoles (formation relative au deuil, à l'homosexualité, accompagnement des personnes dans le déni,...) ou en lien avec l'évolution envisagée de l'activité (ex : « comment aller vers ? », formation sur l'accueil, formation sur la dépression,...) ;
 - Certaines structures considèrent que la participation aux séances de supervision et à des colloques et rencontres suffit.
- **Quant à la formation au repérage de la crise suicidaire, sur 14 associations ayant fourni une réponse, 12 ont actuellement des bénévoles qui ont pu en bénéficier** (5 non réponses et une réponse impropre). En revanche, aucun bénévole des associations du mouvement des Familles Rurales de Loire Atlantique et de Vendée n'est concerné. Les bénévoles d'une des structures indiquent avoir suivi cette formation en dehors de l'action financée par l'ARS.

Cette formation a été très appréciée des personnes qui l'ont suivie : elle permet de comprendre la situation des personnes en situation de crise suicidaire, apporte un vocabulaire commun, une conduite à tenir avec des outils et constitue une occasion d'échanger avec d'autres bénévoles ou professionnels.

Dans les Pays de la Loire, entre 2002 et juin 2013, 1 548 personnes ont été formées au repérage de la crise suicidaire, dont 108 bénévoles, soit environ 7% des personnes formées et en moyenne 10 bénévoles formés chaque année¹⁵.

Les financements accordés par l'ARS à la formation des bénévoles sont jugés essentiels par plusieurs structures contactées (SOS Amitié Région de Nantes, SOS Dépression 44, UNAFAM...) mais ne permettent pas de former systématiquement tous les bénévoles. En particulier, Familles Rurales de la Sarthe indique que la subvention accordée par l'ARS a permis de développer le volume de bénévoles formés à l'écoute.

De même, l'encadrement concerne surtout les dispositifs d'écoute et prend le plus souvent la forme d'une supervision, principalement réalisée par un intervenant extérieur

¹⁵ Les informations collectées à l'échelle de chacune des 20 structures concernées par l'évaluation n'apparaissent pas suffisamment fiables pour être rapportées ici.

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

psychologue de formation. La fréquence de la supervision est très variable : de mensuelle (6 structures) à trimestrielle (1 structure). 6 structures ne proposent pas de supervision. Les séances permettent aux bénévoles de revenir sur des situations concrètes qu'ils ont vécues. Pour un des responsables entendus, « *c'est à la fois un moyen d'extérioriser ce qui a été vécu, de se remettre en cause et de se former en continu* ». La supervision permet également de repositionner le cadre et les limites de l'intervention bénévole. Elle représente l'occasion de rappeler les principes déontologiques à respecter. Les besoins de formations complémentaires ou de modifications de l'organisation émergent souvent lors de ces rencontres.

En dehors des séances de supervision, les responsables des structures affirment qu'ils sont toujours disponibles pour les bénévoles écoutants, de même que les psychologues qui animent les sessions. **La supervision constitue à la fois un soutien moral et une garantie de la qualité de l'écoute ou de la veille.**

La supervision peut être complétée par quelques procédures (règlement intérieur, fiches de poste dans une structure), voire **par un poste de coordination ou de contrôle** : coordinatrice des écoutants aux Intervalles de l'Ecoute, coordinateur de l'Escale, animatrice du réseau des Voisineurs à Familles Rurales de la Sarthe, doubles écoutants chez SOS Amitié. **Ces postes sont bénévoles ou salariés, mais ils sont rares.**

Quatre structures dans lesquelles il n'y a pas d'encadrement constatent que leurs membres éprouvent des difficultés. Les bénévoles ne se sentent pas toujours armés face aux situations qu'ils rencontrent, ce qui suscite chez eux des questionnements et parfois des sentiments de culpabilité : Ai-je fait ce qu'il fallait ? Mais, **les bénévoles qui bénéficient d'une supervision ne sont pas pour autant toujours sereins**, en particulier lorsqu'ils pratiquent l'écoute au téléphone et plus encore par messagerie : en effet, alors qu'ils sont seuls au poste d'écoute, ils s'interrogent très régulièrement sur ce qu'il advient de l'appelant une fois l'appel terminé. Cette inquiétude et le besoin de réassurance sur leurs pratiques peuvent être profonds. Aussi, tous **les bénévoles sont-ils en très forte attente d'échanges et de soutien** entre eux, voire avec l'intervention d'un tiers professionnel. Deux structures remarquent, cependant, des **réticences de leurs bénévoles à se confier à un psychologue** dans le cadre de séances de supervision. Les veilleurs inscrits dans une démarche d'aide aux personnes avec comportements suicidaires sont moins en proie à ces doutes, à condition qu'ils soient en partenariat avec d'autres acteurs locaux, en particulier avec des professionnels de la santé. En effet, on peut considérer que la responsabilité liée à l'accompagnement de la personne suicidaire est alors plus partagée, ce qui est un facteur rassurant pour les bénévoles.

Les investigations sur site mettent également en évidence une **appétence variable des bénévoles vis-à-vis de la formation, de la participation à des réunions et colloques.** Une bénévole affirme ainsi « *La formation, c'est une aide ; ce n'est pas une obligation* ». Une autre déclare au contraire : « *On a toujours besoin de formation. [...] La formation permet d'être à l'écoute et non dans le jugement* ». En effet, les actions de formation et de supervision s'ajoutent à l'engagement auprès des personnes ou des acteurs locaux et **peuvent représenter une contrainte supplémentaire** difficilement acceptable, d'autant plus qu'elles exigent de se déplacer et de dégager du temps.

Des ressources matérielles et financières restreintes

Si les dispositifs bénévoles nécessitent a priori peu de moyens (un local, une ligne d'écoute, un ordinateur, un téléphone portable,...), certains se trouvent dans une **situation de précarité financière**. Cela peut avoir un impact sur les conditions d'accueil des usagers (ex : une association accueille du public dans un bureau de 6m²) et sur la qualité de l'aide (lorsque la structure n'a pas les moyens d'apporter systématiquement une formation initiale à tous les bénévoles et/ou de leur proposer une formation continue). Cette situation est identifiée par plusieurs acteurs locaux rencontrés lors des investigations sur site.

Les budgets des actions conduites en 2012 par les structures consultées comportent de très grands écarts : de 425€ pour une petite structure proposant ponctuellement des permanences à environ 122 988€ pour une structure proposant de l'écoute. La médiane se situe à 25 965€.

En 2012, les subventions attribuées à ces structures par l'ARS représentent 103 500€ au total (contre 91 889€ en 2011 et 38 000€ en 2010). Elles ont permis de soutenir des activités d'écoute et de groupes de paroles, en particulier par le biais du financement d'actions de formation des bénévoles. A noter concernant les associations SOS Amitié que l'activité d'écoute téléphonique est financée par l'INPES. L'évolution constatée entre 2010 et 2012 trouve son origine dans une diversification des structures financées en 2012. En effet, si l'on considère les dispositifs par type d'activité, en 2010, seuls des dispositifs d'écoute ainsi que l'UNAFAM et Espace Ecoute Formation étaient financés. En 2012, ont également été soutenus un dispositif de veille à hauteur de 10 000€, un collectif à hauteur de 11 600€, trois structures proposant des groupes de paroles à hauteur de 11 000€. Cette année là, les dispositifs d'écoute ont perçu 96 000€ (8 structures).

En 2012, pour 13 structures pour lesquelles l'information est connue, dont 7 organismes proposant essentiellement de l'écoute, **la subvention de l'ARS représente entre 9% et 100% du budget de l'action. Le montant des subventions attribuées à ces structures varie de 2 500€ (soit 9% du budget de l'action) à 30 000€ (67% du budget de l'action)**.

Outre l'ARS, les dispositifs bénévoles bénéficient souvent de soutiens, néanmoins limités, des conseils généraux, de collectivités locales (qui mettent à disposition des locaux, procèdent à l'impression des outils de communication,...), **de la MSA et quelque fois du Régime Général**. Certaines structures obtiennent également parfois des financements ou des aides de fondations, de mutuelles, d'établissements bancaires,...

Les partenariats avec les acteurs institutionnels peuvent également donner lieu à des **misés à disposition de personnels (L'Escale, GPS du Pays de Coëvrons)**, à l'édition de documents de communication (affiches, plaquettes, annonce gratuite dans la revue d'une collectivité).

3.5. UNE FAIBLE CONNAISSANCE PAR LES DISPOSITIFS BENEVOLES DE LEURS BENEFICIAIRES

Une connaissance hétérogène des bénéficiaires

Les éléments relatifs aux bénéficiaires sont réduits, en raison du manque d'outils de suivi et/ou d'homogénéité dans l'information collectée. A cela s'ajoute une spécificité pour les dispositifs d'écoute : les principes d'anonymat et de non-directivité ne permettent pas de collecter une information systématique sur le profil des appelants. Seules les déclarations volontaires sont prises en compte.

Malgré le paragraphe précédent, les responsables des structures mettent en évidence quelques points d'ordre général :

- Les bénéficiaires des dispositifs bénévoles sont :
 - **Plutôt des femmes** : dans cinq structures sur neuf ayant transmis l'information, elles sont majoritaires ;
 - **Plutôt dans la tranche d'âge des plus de 50 ans**,
En revanche, la population est plus jeune, voire très jeune, lorsqu'il s'agit d'écoute via Internet.

A noter qu'il y a très peu d'informations homogènes sur l'origine géographique des bénéficiaires.

- Si les dispositifs bénévoles s'adressent en priorité aux personnes en souffrance, ils accueillent volontiers leur entourage. Seuls l'UNAFAM et Source ont une action dédiée à cette population.

La solitude et l'isolement comme principaux motifs de sollicitation des dispositifs bénévoles

D'après les bénévoles, les personnes qui sollicitent les dispositifs d'aide ont **besoin de** :

- **Un temps d'écoute prolongé**, d'une disponibilité que les professionnels n'ont pas les moyens d'accorder.
- **Une écoute globale de la personne**, et non une écoute ciblée en lien avec les objectifs et missions du professionnel.
- **Une écoute sans enjeu** pour l'écouter et l'écouter (qu'il s'agisse d'un enjeu thérapeutique, lié à l'accès à un droit ou à un service).
- **Un dispositif flexible, souple, sans contrainte.**

Cette écoute est ainsi complémentaire de celle que peuvent proposer les professionnels de santé ou du social, dont l'intervention s'inscrit dans un cadre précis comportant des objectifs (souvent exprimé en termes de projets).

Les difficultés évoquées par les bénéficiaires des dispositifs bénévoles sont assez variables : difficultés financières, problèmes de violences, dépression, chômage,...Mais la solitude et l'isolement sont les motifs qui reviennent le plus fréquemment :

En milieu rural,

« Les bénévoles sont souvent confrontés à des personnes âgées en grande souffrance psychique. Le manque ou l'absence de mobilité est très souvent mentionné(e) par les personnes âgées comme source de leur mal être ».

« Les publics qui nous contactent sont avant tout des personnes en détresse et en situation d'isolement. Cette situation d'isolement peut être relative car les personnes peuvent vivre en couple mais en tous les cas, elles se sentent seules et ont besoin de parler ».

« Les problématiques rencontrées sont souvent liées à des séparations, au veuvage, à l'alcool, au manque de sécurité dans le travail, par rapport aux finances. Il peut également s'agir de gendarmes ou pompiers qui ont vu des situations critiques, des chefs d'entreprise qui ne voient pas de solution pour leur entreprise et leurs salariés,... ».

En milieu urbain

« La plupart du temps, les personnes n'ont jamais parlé de leurs problèmes. Elles ont besoin de réassurance, d'accompagnement, de soutien avant, pendant ou après une thérapie, de soutien dans les démarches, ou tout simplement de parler ».

« Beaucoup d'appelants ont un suivi psychologique mais il leur manque un temps de parole ».

Tous les dispositifs bénévoles ne répertorient pas et/ou n'analysent cependant pas les motifs de la demande. Seules les associations SOS Amitié et Espace Ecoute Formation établissent, à notre connaissance, des statistiques relatives aux thèmes évoqués par les personnes. Pour illustration, l'observatoire national des souffrances psychiques de SOS Amitié, qui agrège et analyse les données relevées par les écoutants de l'association, met en évidence, en septembre 2012, que, parmi 700 000 appels réceptionnés en 2011 au niveau national :

- 33% ont pour cause la solitude ;
- 30% évoquent la dépression ;
- 22% abordent des problèmes familiaux, conjugaux, sentimentaux ;
- Seuls 2% des appelants expriment des idées suicidaires.

4. INSCRIPTION DES DISPOSITIFS BENEVOLES DANS LES SYSTEMES D'ACTEURS

4.1. MALGRE DES EFFORTS DE COMMUNICATION, DES DISPOSITIFS BENEVOLES TRES LARGEMENT MECONNUS, ET QUI SUSCITENT DES AVIS DIVERGENTS

Des modalités de communication visant à se faire connaître et à recruter des bénévoles, qui n'atteignent pas leur but

Toutes les structures rencontrées communiquent sur leurs actions par le biais de médias diversifiés : radios, presse locale, bulletins municipaux, panneaux municipaux d'affichage,...

Cette communication a généralement pour cible la population générale. **Elle vise à se faire connaître** du public et des potentiels bénéficiaires mais aussi des acteurs locaux et **à recruter des bénévoles**.

Concernant la communication à l'attention des acteurs locaux, elle passe également par la participation à des forums d'associations et/ou par des rencontres individuelles avec les acteurs institutionnels.

Toutes les structures disposent au moins d'une plaquette de communication. Pour illustration, en Mayenne, une plaquette « Annuaire des services, associations et structures d'accompagnement » a été élaborée à l'initiative de l'Assurance Maladie, de la délégation territoriale de l'ARS et du COPS 53. Cette plaquette a été très largement diffusée dans les caisses des organismes de protection sociale, les établissements médico-sociaux, les cabinets de médecins généralistes, les services de psychiatrie,...

En revanche, elles n'ont pas toutes un site Internet (9 sur 20 n'ont pas de site).

Nonobstant ces efforts, **la grande majorité des professionnels rencontrés ne connaissent pas les dispositifs bénévoles** intervenant auprès de personnes en situation de mal-être. Ce constat se vérifie quelque soit le domaine d'activité ou statut des acteurs (professionnels de la santé, du médico-social, du social, associations,...). **Deux nuances** peuvent toutefois être apportées :

- **Certaines associations sont mieux identifiées grâce à leur rayonnement national ou départemental, mais la connaissance reste souvent limitée au nom de la structure**. C'est le cas de SOS Amitié ou du COPS 53 : **toutefois, ces associations ne sont pas spontanément citées** comme acteurs de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique. Les interlocuteurs rencontrés disent les connaître à l'évocation de leur nom par le prestataire.
- **Les structures très localisées, bénéficiant du soutien d'élus locaux, voire adossées à un établissement public administratif, sont mieux repérées** que les autres. C'est le cas du GPS de la Communauté de Communes de Vallet, du GERME et, dans une moindre mesure, de l'Escale. A noter, en outre, concernant le GPS de la Communauté de

Communes de Vallet, la grande mobilisation du président de l'association pour faire connaître le dispositif.

A ce sujet, on notera que **l'annuaire des acteurs ressources « agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire »**¹⁶, publié en janvier 2013 à l'initiative de l'ARS et de la MSA, **reste à ce jour très confidentiel** et, par conséquent peu utilisé.

Malgré une image plutôt positive des professionnels vis-à-vis des bénévoles, des attentes faibles et une vision variable du rôle que jouent ou pourraient jouer les dispositifs

En préambule, il apparaît important de rappeler que rares sont les acteurs locaux qui connaissent précisément les dispositifs bénévoles. Les appréciations qu'ils formulent ne sont donc pas basées sur des faits ou constats, mais plutôt sur des perceptions.

Quelque soit leur domaine d'activité (santé, social, médico-social), parmi les acteurs rencontrés, peu sont opposés à l'intervention de bénévoles auprès de personnes en souffrance psychique **à condition** que certaines « règles » soient respectées (cf. ci-dessous). Ainsi, pour le représentant d'une délégation territoriale de l'ARS *« les dispositifs bénévoles fonctionnent plutôt bien, mais il faut rester vigilant et voir comment cela évolue »*.

Les professionnels soulignent la disponibilité des bénévoles, leur regard différent du regard professionnel découlant notamment d'une approche globale de la personne, leur proximité avec la population, la bienveillance dont ils font preuve. **Les qualités repérées du bénévolat ne sont pas différentes selon les domaines d'activité du professionnel** (secteur social, santé ou autres). Pour illustration, une directrice de CCAS qualifie l'action bénévole de *« salubre »*, d'autant plus qu'avec la réduction des temps de séjour hospitalier, *« il faut bien inventer un mode d'accompagnement à la sortie »*. Du point de vue des travailleurs sociaux, les bénévoles sont une ressource importante, qui offre aux personnes vulnérables le temps dont elles ont besoin pour parler. Pour un responsable de service social, *« les bénévoles sont des personnes ressources de toute première proximité »*. Il ajoute plus tard *« la compétence, c'est être présent »*. Une autre responsable confirme *« les bénévoles ont une compétence dans la relation de proximité : ils sont porteurs de lien social. Les professionnels sont des techniciens du soin »*. Un représentant d'une DT ARS constate que *« les gens parlent aux bénévoles, mais pas aux soignants »*. Un professionnel d'un CMP apprécie, quant à lui, *« le regard neutre, bienveillant, non stigmatisant des bénévoles »*. Il ajoute *« les bénévoles sont des acteurs de proximité. Ils sont ancrés au sein de la population. A l'inverse, les professionnels du CMP cherchent à éviter les interactions pour que le soin puisse être efficace »*.

Pour de nombreux acteurs professionnels, les bénévoles représentent ainsi un **premier interlocuteur** des personnes en souffrance. Pour autant, ces professionnels formulent **peu d'attentes vis-à-vis des dispositifs**. C'est en particulier le cas des professionnels de santé. Des différences d'appréciation s'expriment en outre selon les activités évoquées et selon la

¹⁶ Cet annuaire recense les établissements de santé (services d'urgences psychiatriques, services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile des centres hospitaliers ou centres hospitaliers spécialisés, cliniques psychiatriques) et la plupart des associations ou organismes intervenant dans la prévention du mal-être et du suicide.

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

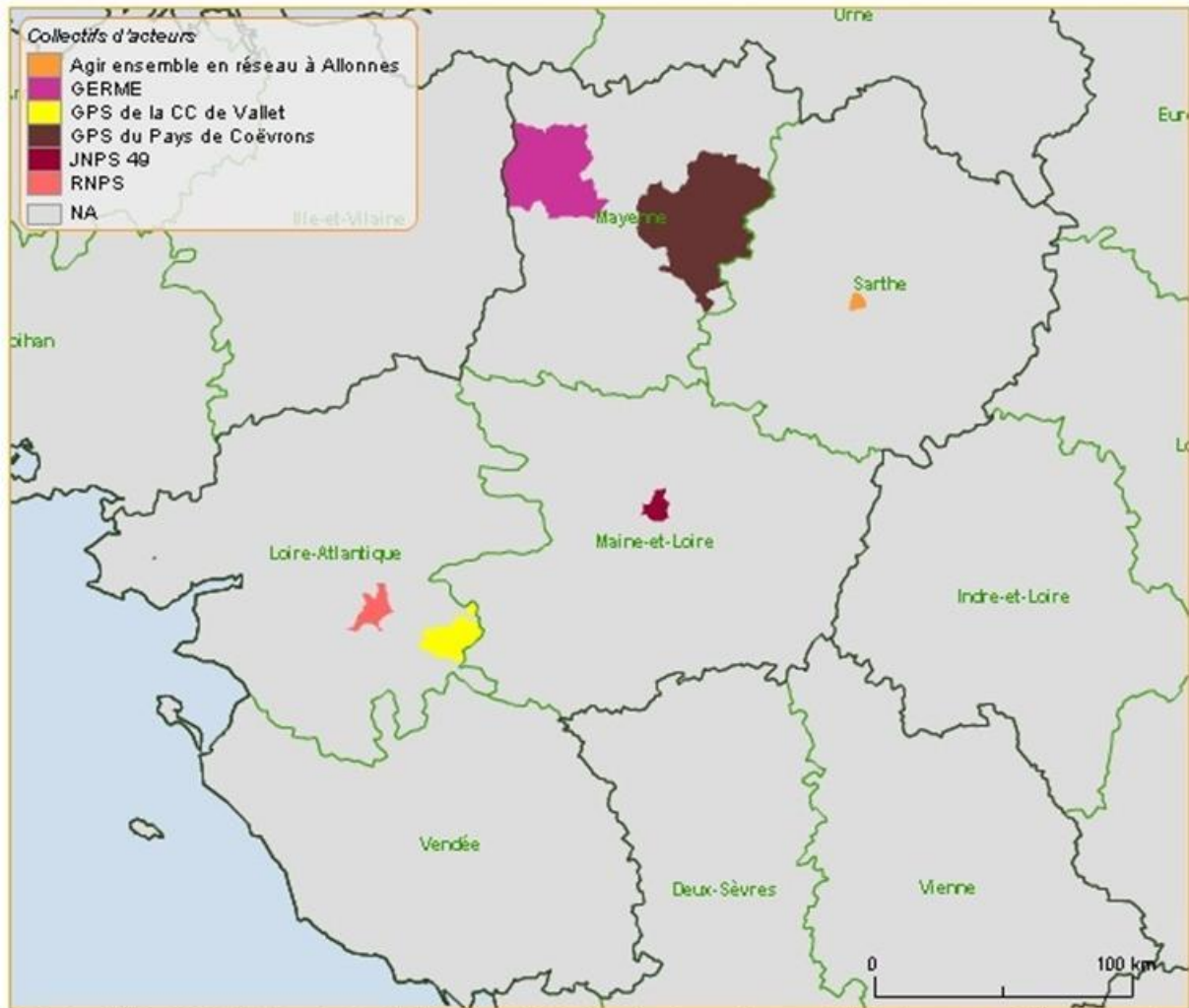
compréhension plus ou moins extensive qu'ont les professionnels de la notion de « prévention du suicide ». En effet, les professionnels positionnent la prévention du suicide soit dans une relative proximité avec l'acte suicidaire, ce qui les conduit naturellement à privilégier le recours à des professionnels de santé, soit ils la positionnent très en amont de l'acte suicidaire. Le rôle des bénévoles s'en trouve alors renforcé. (cf. section relative à la place des bénévoles). Un troisième point de vue est exprimé par un responsable associatif (qui n'intervient pas dans le domaine de la lutte contre le mal-être psychique) : *« pour prévenir le suicide, il n'y a pas d'organisation à mettre en place : il faut seulement être attentif à son voisin. C'est une action citoyenne »*. Un bénévole, membre d'un dispositif bénévole de lutte contre le mal-être, partage le même point de vue : *« Même si on parle de tout et de rien, ça peut aider les gens : c'est pas le rôle de l'association, c'est celui des citoyens »*.

4.2. DES MODALITES DE TRAVAIL PARTENARIAL TRES REDUITES

Des regroupements d'acteurs dont l'action reste encore limitée

Plusieurs collectifs d'acteurs ont pu être identifiés au cours des entretiens avec les représentants des dispositifs bénévoles. Il en existe certainement d'autres que la mission d'évaluation n'a pas permis de recenser. Ces collectifs associent exclusivement des associations ou sont également ouverts à des acteurs institutionnels. Au sein de ces regroupements, bénévoles et professionnels s'allient systématiquement.

Collectifs d'acteurs



Des regroupements d'acteurs sont présents dans plusieurs départements des Pays de la Loire, bien qu'aucun n'ait pour l'heure été identifié en Vendée. Néanmoins, ils poursuivent des objectifs diversifiés et leur action reste encore parfois limitée (cf. ci-dessous).

Des relations peu nombreuses et souvent récentes entre les dispositifs bénévoles

A l'exception du COPS 53, qui vise à mobiliser les acteurs associatifs de la prévention du suicide sur l'ensemble du département de Mayenne, **les autres partenariats sont moins structurés.**

Pour rappel, **le but du COPS 53 est de constituer un maillage territorial de partenaires.** Chaque membre (cf. plus haut) conserve ses spécificités. Le COPS 53 constitue une interface entre les institutionnels et les associations, et donne une visibilité plus grande à l'action de prévention des associations membres. Il tente de soutenir les adhérents en relayant les informations de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS), en formalisant une demande commune de subvention, en mettant en place des séances de supervision à leur intention et en proposant des manifestations « itinérantes » visant à mobiliser la population et les acteurs locaux...**Cependant, les investigations sur site mettent en évidence un maillage**

encore inabouti : la logique de coordination des interventions n'est pas un objectif du collectif. En effet, le COPS 53 s'est fixé pour buts de : former les citoyens à la prévention pour comprendre, intervenir et relayer ; accompagner et informer les associations membres ou leurs membres au titre de leur objet propre soit au titre d'actions spécifiques proposées par le collectif, organiser des partenariats avec les professionnels et les services publics et privés, dégager et prendre en charge les moyens matériels et humains utiles à l'action de prévention, être un relais entre les membres et différentes institutions (ARS, MSA, CPAM, CMP,...). Si ces objectifs font l'objet de réalisations, il n'y a pas véritablement d'échanges sur les complémentarités à mettre en place entre les structures, et certains membres ont du mal à se mobiliser pour participer aux actions proposées par le COPS 53 (supervision, entre autres).

Les autres relations identifiées entre les dispositifs bénévoles concernent :

- **L'organisation d'actions de sensibilisation / communication.** Deux collectifs peuvent être cités à titre d'illustration :
 - Le réseau nantais de prévention du suicide (RNPS) réunit SOS Dépression 44, l'association ANCRE (point d'écoute pour les jeunes et les familles), l'école des parents et des éducateurs, le centre Recherche et Rencontres, le CHS Daumezon, l'Unité Espace du CHU de Nantes et SOS Amitié de la Région de Nantes.

L'objet du réseau correspond à l'organisation de conférences, notamment une action commune dans le cadre des Journées Nationales de Prévention du Suicide (JNPS).
 - Le collectif JNPS 49¹⁷ organise chaque année une journée dans le cadre de la Journée nationale de prévention du suicide. Une rencontre mensuelle a lieu pour préparer cette action, mais également pour apprendre à se connaître et à identifier les spécificités de chacun. Ces dernières années, les thèmes traités ont été les suivants : Fragilité des liens et suicide (2009), Suicide et opinions – projection débat autour du film « sauf le respect que je vous dois » (2010), Suicide des jeunes : quelles préventions – Projection débat autour du film « des filles en noir » (2011), Mal-être dans le monde agricole : c'est toute la société qui va mal (2012).
- **La mise en place d'une réflexion commune au sujet de la formation des bénévoles.** Cette initiative est celle des trois associations SOS Amitié des Pays de la Loire, qui ont travaillé ensemble pour réfléchir aux thématiques à développer en formation initiale ou continue, sur la mise en place de modules communs de formation, sur la rémunération des psychologues formateurs,...

¹⁷ Il est composé de SOS Amitié Région d'Angers, SOS Femmes à Angers, l'Association d'aide aux victimes d'abus sexuels (AAVAS), l'Association ATLAS – Accueil Temps Libre Animation Sociale, à Angers, l'association « Au cœur des flots », centrée sur la prévention du suicide des jeunes, l'association Contact Maine et Loire à Angers, RE VIVRE, au sein de l'association Soins Santé à Trelaze, qui propose une écoute aux personnes endeuillées et l'association Quazar, centre lesbien, gay, bi et trans d'Angers. D'autres structures peuvent être associées en fonction des thématiques traitées.

Chaque association affirme néanmoins la nécessité d'avoir un recrutement et une formation localisés.

Il est finalement **rare que les dispositifs bénévoles échangent entre eux sur les besoins couverts, non couverts, les actions à développer, les initiatives à prendre pour compléter l'offre existante**¹⁸,...Ce constat n'est pas illogique compte tenu de la disponibilité contrainte des bénévoles et du manque de structuration de certaines entités. Il se vérifie également pour les associations membres d'une fédération nationale, dont les responsables indiquent que si des orientations ou valeurs sont communes à l'ensemble des membres de la fédération, chaque structure locale dispose, en revanche, d'une autonomie pour développer des initiatives en lien avec les besoins du territoire (cf. paragraphe consacré à la présentation des dispositifs bénévoles). Cela renvoie à la définition du bénévole comme acteur de la proximité.

Des partenariats plus ou moins fréquents entre dispositifs bénévoles et professionnels en fonction d'objectifs hétérogènes.

Dans ce paragraphe, une distinction est faite entre partenariats institutionnels et partenariats opérationnels. Les partenariats institutionnels ont trait à la structure et ont une visée à moyen / long terme, tandis que les partenariats opérationnels sont orientés vers la mise en œuvre quotidienne de l'activité.

Les relations avec les acteurs institutionnels peuvent avoir :

- **Une visée financière**, pour soutenir l'activité bénévole. Ils peuvent donner lieu à une subvention ou à la mise à disposition de locaux, de matériel, voire de personnel.
- **Une visée communicative**. Par l'intermédiaire de ces partenariats, les dispositifs bénévoles souhaitent, alors, se faire connaître et sensibiliser la population à la thématique du mal-être. La MSA est souvent citée comme un partenaire dans l'organisation d'actions de sensibilisation et d'information. Il s'agit davantage de contacts que de véritables partenariats. Les dispositifs adressent leur document de présentation ou organisent des rencontres avec des acteurs locaux ou plus éloignés. Pour illustration, les Intervals de l'Ecoute d'Espace Ecoute Formation ont été présentés à la MSA, à Familles Rurales, au CLIC, aux Centres sociaux, au SSIAD, à l'association des Aînés Ruraux, à un ESAT, ...

Ces modalités d'interactions avec les acteurs locaux sont les plus partagées parmi les dispositifs bénévoles, quelque soit le type d'activité proposé. En effet, pratiquement toutes les structures rencontrées font des demandes de subventions et sollicitent des acteurs institutionnels pour échanger avec eux ou s'appuyer sur leurs programmes de communication.

Un troisième type de partenariat institutionnel moins fréquent peut être mis en évidence. Il se crée à l'initiative des dispositifs bénévoles ou d'autres acteurs locaux. **Cinq collectifs**¹⁹ répartis

¹⁸ A titre d'exception, on peut citer l'initiative d'Espace Ecoute Formation qui, préalablement à la création d'un service d'écoute téléphonique, a contacté des structures proposant déjà ce service pour identifier la réponse la plus pertinente à proposer.

¹⁹ Les investigations sur site ont mis en évidence d'autres collectifs. Il s'agit par exemple de Repère 44, association basée à Nantes, qui réunit l'Unité Espace du CH Saint Jacques, l'UPS du CHS Georges ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

dans trois départements **ont, ainsi, vocation à coordonner l'action de différents acteurs** sur un territoire donné pour apporter une réponse rapide et adaptée aux publics. Ces collectifs ne regroupent pas uniquement des associations :

- Le **Comité Mal-Être de Mayenne** auquel participent la DT ARS, la MSA, la CPAM, l'IREPS le COPS 53, ses membres et Solidarité Paysans 53.
- Le **réseau « Agir en réseau à Allonnes » animé par l'Escale, créé à l'initiative du CCAS d'Allonnes**, qui existe depuis mai 2012, regroupe une soixantaine de professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social. Il a pour objectif de favoriser la santé des habitants en :
 - Assurant une cohérence des projets sur le territoire,
 - Mutualisant les réflexions et les projets,
 - Favorisant la connaissance des acteurs et des ressources,
 - Initiant, soutenant et accompagnant la mise en place de projets locaux et concertés. Il ne porte pas d'actions mais les impulse. Les projets ont vocation à être réalisés avec les professionnels et les habitants.

La santé mentale et les addictions représentent l'un des trois axes prioritaires de réflexion du réseau.

- Le **GPS de la Communauté de Communes de Vallet a été créé en 2005, à l'initiative d'élus, de bénévoles et de professionnels de santé**. Il est devenu association en 2009. 20 acteurs, dont les maires des 5 municipalités composant la Communauté de Communes et des professionnels (un médecin psychiatre, les responsables des deux centres de secours du territoire, le commandant de gendarmerie) sont membres fondateurs. Après des années sans succès, il a finalement réussi, en 2013, à mobiliser cinq médecins généralistes pour qu'ils participent à la formation au repérage de la crise suicidaire.
- **Créé en 2003/2004 sous l'impulsion du COPS 53, le GPS du Pays de Coëvrons regroupe une quinzaine d'institutions ou services locaux²⁰** et a été constitué pour être un lieu de réflexion et d'échanges ainsi que d'élaboration de projets. Ce groupe de prévention du suicide réunit uniquement des acteurs institutionnels ou services locaux. Il ne s'appuie pas sur des bénévoles.

Daumezon, l'Ecole des Parents et des Educateurs, Recherche et Rencontres, SOS Amitié. Cette association a pour buts d'organiser 4 à 6 conférences par an, de proposer des réflexions sur la prévention du suicide, d'améliorer la prise en charge des personnes suicidaires ou suicidantes et de faciliter les échanges sur les expériences vécues par chacun. Un autre réseau a été initié en 2009 sur la Commune de Châteaubriant : il mobilise le CCAS, le CHS de Blain et Recherche et Rencontre. Il a donné lieu à un pacte territorial de prévention du risque suicidaire dont la vocation est de sensibiliser à la prévention du risque suicidaire et de développer les collaborations.

²⁰ ADMR des Coëvrons, Antenne Solidarité d'Evron du Département, Le Nymphéa – FJT à Evron, le CMP, le CLIC, le Collège d'Evron, l'Epicerie sociale L'Espadon à Evron, l'association La Corne d'Abondance, co-animatrice avec le FJT du réseau d'écoute des Coëvrons, la Ville d'Evron (CCAS), le Secours Catholique de Montsûrs, la MSA, l'EHPAD de Soulgé-sur-Ouette.

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

- **Le Groupe d'écoute, de rencontre et de mise en relation au pays de l'Ernée (GERME)²¹ est né en 1997 à l'initiative de deux bénévoles**, un sociologue et une psychologue à la retraite. **Rattaché au CIAS de l'Ernée**, le groupe aujourd'hui principalement composé de veilleurs a vocation à repérer les situations de souffrance psychique, d'isolement et à orienter.

Les investigations réalisées sur site ont montré que **l'ambition de ces collectifs était encore loin d'être atteinte**. Le GPS de la Communauté de Communes de Vallet est le collectif qui a le mieux réussi à mailler le territoire. Le GERME agit également en réseau, notamment grâce à son adossement à un CIAS et à l'implication des veilleurs bénévoles dans des associations du territoire. En revanche, l'effectivité des autres collectifs est limitée, soit qu'ils soient très récents, soit que leurs membres n'aient pas la disponibilité suffisante pour faire vivre le travail partenarial, soit qu'ils manquent de compétences et de moyens d'animation. A l'heure actuelle, ce type d'organisation n'est donc pas garant de pratiques complémentaires.

Quant aux partenariats opérationnels, ils visent à :

- **apporter un soutien psychologique et une analyse de la pratique aux bénévoles :**
 - Les services hospitaliers spécialisés sont en particulier mobilisés pour les dispositifs de veille orientés vers les personnes avec comportements suicidaires.

Ainsi, le CMP du CH Nord Mayenne a été associé dès l'origine à la création de Source et du GERME. Si les relations se sont distendues, des initiatives sont actuellement prises pour réactiver les collaborations. Ainsi, le CMP rencontrera désormais trimestriellement les bénévoles qui le souhaitent pour échanger sur des situations rencontrées et faire le point sur les pratiques mises en œuvre par les bénévoles. Le GPS de la Communauté de Communes de Vallet a, quant à lui, conclu une convention avec l'Unité de Prévention du Suicide du CHS Georges Daumezon. Les liens entre les deux acteurs sont forts depuis l'origine du groupe de prévention. Le médecin psychiatre responsable de l'UPS intervient dans la formation des bénévoles au repérage de la crise suicidaire et participe très régulièrement aux réunions organisées par le GPS. Dans la Sarthe, un groupe départemental de coordination en santé mentale a récemment été constitué en lien avec le CHS de la Sarthe. Il cible notamment la prévention du suicide. Un groupe ad hoc a été créé avec les dispositifs bénévoles du territoire, animé par le psychiatre responsable du pôle transversal externe du CHS. Il s'agira d'échanger régulièrement sur le rôle des bénévoles et ses limites, ainsi que sur les pratiques.

Sur ce point, il faut noter que selon les structures bénévoles, tous les adhérents ne sont pas prêts à se rendre disponibles pour participer aux réunions d'analyse de la pratique proposées par les professionnels de santé. Du côté des services hospitaliers, ils ont dû également s'adapter par rapport à leur organisation habituelle en termes d'horaires et de lieux des réunions par exemple. Tous les services hospitaliers ne peuvent donc pas s'inscrire dans une telle démarche, en

²¹ Le groupe associe une dizaine de veilleurs, la responsable du CIAS, la Vice-présidente du CIAS également élue de la Ville d'Ernée, le CMP, l'Antenne Solidarité de Mayenne, le CLIC et l'association l'Eclaircie implantée sur le canton voisin de Landivy.

fonction des orientations politiques qui sont celles de leur établissement : en effet, l'ouverture vers l'extérieur n'est pas toujours une finalité prioritaire.

- Des professionnels libéraux, psychologues, sont sollicités pour assurer la supervision des bénévoles. C'est en particulier le cas des dispositifs d'écoute téléphonique ou en face à face. A noter que l'UNAFAM et le COPS 53 font appel au même intervenant.
- **répondre aux besoins d'un usager ayant sollicité un dispositif bénévole.**
 - Dans le domaine sanitaire, quand elles existent, les relations sont nouées avec des services hospitaliers spécialisés, le plus souvent avec les CMP, comme en Mayenne : le CMP du CH Nord Mayenne peut être alerté par un bénévole du GERME, de Source ou de l'Eclaircie : après un échange avec le médecin psychiatre, le service peut décider d'aller au domicile de la personne pour évaluer la situation. De même, les psychiatres de l'UPS du CHS Georges Daumezon accueillent également des usagers qui leur sont orientés par les bénévoles du GPS de la Communauté de Communes de Vallet. Quelques contacts ont pu être pris avec des professionnels de santé du secteur libéral : psychologues, médecins généralistes,...mais ils restent rares.
 - Dans le domaine social, sont souvent mentionnés les travailleurs sociaux et les associations caritatives ou occupationnelles. En milieu rural, les CCAS, de même que les acteurs du secteur médico-social, intervenant en particulier auprès des personnes âgées (CLIC, EHPAD, ADMR, SSIAD...) sont également des interlocuteurs des dispositifs bénévoles.
- **apporter un soutien organisationnel aux bénévoles.** Ce point concerne spécifiquement la Mayenne, où l'IREPS a été missionnée par la DT ARS pour proposer un accompagnement aux dispositifs bénévoles, organiser des formations à l'écoute, apporter un appui méthodologique et documenter les acteurs sur le thème de la prévention du mal-être et du suicide. Il faut souligner que cette mission a été mentionnée plutôt par les acteurs locaux que par les bénévoles.

Les partenariats opérationnels sont beaucoup moins fréquents que les liens avec les partenaires institutionnels. Ils sont principalement le fait de dispositifs bénévoles de veille visant l'accompagnement de personnes avec comportements suicidaires ou à risque et visent en particulier les professionnels de santé. Ils s'inscrivent majoritairement dans des relations bilatérales plutôt que dans une coordination d'ensemble.

Une recherche variable de partenariats opérationnels selon les types d'activité

Le constat général est celui de modalités de travail partenarial très limitées entre bénévoles et professionnels, bien que des nuances soient à apporter en fonction de l'action des bénévoles.

La volonté des dispositifs de développer des partenariats revêt, en effet, une intensité différente et vise des objectifs hétérogènes selon les types d'activité :

- **Les dispositifs d'écoute (téléphonique, via Internet et, dans une moindre mesure, en face à face) recherchent peu de contacts avec les acteurs locaux**, si ce n'est pour se faire connaître et sensibiliser le grand public au mal-être et à leur action. En effet, les principes de l'écoute (anonymat, confidentialité, écoute non-directive) ne favorisent pas les partenariats, voire les limitent. Les relations avec les professionnels de santé sont, quant à elles, plus spécifiquement recherchées pour la formation des écoutants.
- **Les dispositifs locaux de veille sont, au contraire, plus en attente d'échanges**, en particulier avec les professionnels de santé. Cela tient notamment à leur mission d'orientation, mais aussi à leur besoin d'être soutenus, rassurés par rapport à leur pratique.
- **Les groupes de parole étant le plus souvent animés par des professionnels, peu de besoins et de recherche de partenariats sont repérés à l'issue des entretiens**, d'autant que ces groupes n'ont pas pour objectif de conseiller et d'orienter les participants, mais de permettre aux participants d'échanger entre eux sur leurs expériences, leurs émotions.
- **Les collectifs recherchent par essence à développer leur partenariat**, en ayant des objectifs plus ou moins ambitieux (cf. ci-dessus).

Sur les 20 structures sollicitées, on en dénombre ainsi **sept, qui apparaissent peu intégrées au réseau local d'acteurs**. Outre le type d'activité, le manque de disponibilité des bénévoles est aussi un facteur d'explication de la faiblesse des relations partenariales. De plus, **les partenariats des dispositifs bénévoles avec les professionnels de santé hospitaliers sont très dépendants de l'orientation que le responsable entend donner à son service** : dans les services où l'accent est mis sur l'ouverture vers l'extérieur, les relations sont logiquement facilitées.

Du point de vue des professionnels, le partenariat avec les dispositifs bénévoles n'est actuellement, à quelques exceptions près, pas un but poursuivi :

- En premier lieu, comme évoqué plus haut, les professionnels ont peu d'attentes vis-à-vis des bénévoles. Néanmoins, les professionnels du secteur social semblent globalement rechercher davantage de liens avec les bénévoles que les professionnels de santé (cf. point sur les incompréhensions).
- Leur temps étant compté et le partenariat étant considéré comme « chronophage », ils privilégient les relations entre professionnels. Pour illustration, un directeur d'établissement social constate « *les dispositifs bénévoles ont un rôle mais on ne les mobilise pas par manque de temps. On privilégie les partenariats les plus utiles pour l'activité* ». Pour le coordinateur d'un réseau, « *la coordination entre professionnels de différents secteurs/institutions prend déjà du temps. Il ne faudrait pas ajouter une strate supplémentaire* ». Des infirmiers ou cadres de santé de CMP ne sont plus non plus en mesure de participer aux réunions des dispositifs bénévoles.

- Des professionnels qui participaient initialement à des réunions organisées par les dispositifs bénévoles se sont désengagés parce qu'ils ne percevaient pas clairement les objectifs du dispositif, ses intentions et ses réalisations.
- Les professionnels, hors secteur de la psychiatrie, privilégient une orientation vers des acteurs médicaux. Les orientations vers les dispositifs bénévoles sont extrêmement rares.

Néanmoins, là encore, il n'est pas possible de généraliser. Selon les contextes, les habitudes de travail partenarial, les relations interpersonnelles existantes ou encore la perception qu'ont les acteurs locaux des bénévoles, des interactions peuvent exister entre professionnels et bénévoles.

Certains facteurs cumulatifs semblent favorables à l'établissement de relations partenariales :

- Le type d'activité, tout d'abord : comme indiqué ci-dessus, la veille, orientée vers l'accompagnement des personnes avec comportements suicidaires, est une activité qui nécessite, de fait, davantage de travail en réseau que les autres interventions bénévoles.

Cependant, il est bien évident que ce facteur n'engendre pas à lui seul des partenariats. Il doit être associé à d'autres facteurs plus structurels liés à l'organisation existante sur le territoire.

- Les orientations inscrites dans les projets d'établissement sanitaire ou dans les politiques publiques des collectivités peuvent aboutir à positionner les dispositifs bénévoles comme un partenaire de l'action publique.

C'est par exemple le cas en Mayenne, où il existe un vrai partenariat (certes effectif depuis peu) entre le CMP du CH Nord Mayenne et le GERME (cf. ci-dessous), de même qu'entre les dispositifs bénévoles et les Antennes Solidarité du Conseil Général²². Sur ce territoire, les institutions ont effectivement choisi de s'ouvrir sur l'extérieur et de s'appuyer sur les dispositifs de proximité existants pour aller au devant de la population.

Sous un angle similaire, les travaux d'élaboration des Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) ont été l'occasion d'associer les dispositifs bénévoles aux groupes de travail à Angers, Laval et Mayenne.

- L'adossement du dispositif bénévole à un CCAS favorise également les liens avec les acteurs institutionnels et associatifs du territoire. C'est le cas pour L'Escale au Mans et pour le GERME sur la communauté de communes d'Ernée.

Des incompréhensions entre professionnels et dispositifs bénévoles qui freinent les collaborations

Lorsqu'acteurs locaux et dispositifs bénévoles se connaissent à minima, restent des incompréhensions sur les objectifs, les missions et la place respective de chacun. Pour illustration, les bénévoles ne comprennent pas toujours que les professionnels de santé et du

²² Les Antennes Solidarités correspondent à des espaces de proximité gérés par le Conseil Général et implantés dans tout le département de Mayenne. Elles ont vocation à accueillir du public et à lui proposer des rencontres avec des agents du Département, professionnels du social et du médico-social.

social n'aillent pas vers les publics en difficulté et conditionnent leur intervention à une démarche volontaire, à une demande expresse. Ils ont également du mal à concevoir les contraintes administratives des services en termes de gestion des ressources humaines et d'horaires d'ouverture par exemple, qui impliquent que, contrairement aux bénévoles, ils ne sont pas dans l'immédiateté de la réponse. De leur côté, quelques professionnels de psychiatrie ne comprennent pas le positionnement adopté par certains bénévoles, consistant à ne pas utiliser le terme « suicide ». Ils ne comprennent pas non plus le principe de non-directivité, se traduisant par l'absence d'orientations : pour eux, cela peut constituer une carence importante des dispositifs bénévoles.

Deux anecdotes illustrent bien cette difficulté à se comprendre entre professionnels et bénévoles :

- Sur un territoire, une association a souhaité organiser une rencontre publique en mettant l'accent sur la possibilité de vivre mieux après une période de souffrance. Elle a fait appel à des intervenants présentant les bienfaits de méthodes telles que la sophrologie et le yoga. Elle aurait aimé que le CMP participe également à cette manifestation et n'a pas compris que ce dernier refuse. De son côté, le CMP a jugé que le thème abordé ne justifiait pas son intervention et s'est étonné que l'association lui demande de participer.
- Sur un autre territoire, un bénévole ayant appelé les Urgences pour signaler une personne en détresse s'est vu demandé par le professionnel de réaliser une évaluation de l'état de santé de la personne, ce que le bénévole a refusé considérant qu'il n'était pas apte pour une telle démarche.

La vision des relations partenariales par les différents acteurs met également en évidence des incompréhensions :

- Du côté des professionnels du social, certains acteurs qui connaissent un peu les dispositifs bénévoles, regrettent que ces derniers travaillent seuls, ne sollicitent pas suffisamment les partenaires. Les représentants d'un Département invitent ainsi les bénévoles à « *[développer] leur pouvoir d'agir, notamment en s'appuyant sur le collectif* ». Ils regrettent l'absence de « *logique de réseau* ». Ce regret est partagé par le chargé de projet d'une Ville, qui a « *le sentiment que le [dispositif] travaille seul, sans solliciter la Ville ou d'autres acteurs qui pourraient l'aider à définir les objectifs, les cibles et les thèmes [de leurs actions d'information et de communication]* ».
- Du côté des bénévoles, la recherche de partenariats avec les professionnels de santé peut être une source de déceptions face au sentiment d'un manque de reconnaissance de leur rôle. La création de contacts avec ces professionnels est soulignée à plusieurs reprises comme particulièrement problématique. Quelques dispositifs bénévoles ont ainsi le sentiment de ne pas être reconnus : « *On aimerait être reconnu et respecté, qu'il y ait plus de travail partenarial constructif* » ; « *Parfois des partenaires peuvent être craintifs, y compris au CMP. La place de l'association doit donc être bien définie avec eux. Aujourd'hui c'est le cas mais dès qu'il y a un changement de personne, ce travail est à refaire* ».

La connaissance réciproque entre les différents acteurs de la prévention du suicide et, plus encore, la coordination sont largement perfectibles, malgré l'organisation régulière de colloques, rencontres et l'émergence de réseaux. Le constat établi en 2012 par l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide reste donc vrai : *« les différents dispositifs et acteurs qui œuvrent contre le suicide sont insuffisamment coordonnés en matière de prévention, de prise en charge et de partage des connaissances »*. Or, ce travail est essentiel pour que chacun ait une vision claire des missions de l'autre, mais il exige un véritable investissement, une implication.

4.3. UNE PLACE QUE BENEVOLES ET PROFESSIONNELS SOUHAITENT LIMITEE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE AVEC COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Une utilité que les dispositifs bénévoles situent dans l'écoute et la proximité bienveillante avec la personne

Quelque soit l'activité proposée, les bénévoles interviewés et les responsables des dispositifs affirment fortement les limites de leur rôle et leurs différences avec les soignants. **Ils distinguent l'écoute bienveillante et vigilante qu'ils peuvent apporter et l'accompagnement thérapeutique proposé par les soignants.**

Très peu de dispositifs bénévoles tentent de repérer systématiquement une personne en situation de crise suicidaire.

Ce constat est d'autant plus vrai qu'il s'agit d'un dispositif d'écoute à distance ou en face à face. Parmi les 10 dispositifs proposant de l'écoute, une seule association utilise une grille d'appréciation du degré d'urgence de la situation, grille établie à la suite de la formation au repérage de la crise suicidaire financée par l'ARS. Les écoutants ne prendront pas l'initiative de parler du suicide. Ils aborderont le sujet uniquement si l'appelant l'évoque. Pour les bénévoles entendus, y compris s'ils ont été formés, le repérage de la crise suicidaire n'est pas nécessairement un objectif qu'ils se donnent. De plus, cette démarche leur apparaît très complexe et ils hésitent à s'y associer, d'autant que cela accroît le poids et la responsabilité qu'ils sentent peser sur leurs épaules. Cette situation est également celle des dispositifs de veille à vocation sociale.

Les dispositifs de veille visant l'accompagnement de personnes avec comportements suicidaires ou à risque sont davantage dans le repérage des risques suicidaires, mais l'intensité de cette démarche dépend de la proximité du dispositif avec les professionnels de la psychiatrie.

Dans le cas des dispositifs d'écoute téléphonique, par Internet ou en face à face, conformément aux principes choisis par la plupart des structures, les bénévoles rappellent qu'ils ne sont pas *« censé[s] donner des indications, des conseils, inciter la personne à faire ceci ou à ne pas faire cela »*. Ils tiennent à ce principe de non-directivité, qui les prémunit d'un engagement dans un accompagnement, un suivi. **Pour de nombreux bénévoles, l'absence d'accompagnement est, en effet, une différence fondamentale avec les professionnels et c'est ce que viennent chercher les usagers** : souvent déjà suivies par ailleurs (par un ou des travailleurs sociaux

et/ou par un professionnel de santé), les personnes sollicitent une écoute différente, non ciblée, non médicale. Pour ces acteurs, **l'écoute constitue une aide en soi**, visant à libérer la parole, affirmation que les professionnels de santé remettent en cause. Un bénévole résume ainsi ce constat : *« même si on parle de tout et de rien, ça peut aider les gens »*. **De par leur proximité, leur attitude bienveillante, leur disponibilité, leur « statut » non médical, de personne lambda**, les bénévoles peuvent *« voir des choses que les professionnels ne voient pas »*, *« avoir une attention particulière envers les gens »*, offrir *« une compréhension et une écoute que les professionnels ne peuvent pas toujours avoir »*, car *« les bénévoles et le public sont sur un pied d'égalité »*. Beaucoup insistent sur les limites du soutien qu'ils peuvent apporter : *« Je ne suis que bénévole, je ne veux pas devenir une professionnelle de cela »* ; *« Le bénévole ne règle pas les problèmes »*, *« On n'est pas à même de juger une situation. On doit simplement être vigilant ; « on n'est pas dans un rôle de prescripteurs, mais dans un temps d'échange avec la personne »*.

Dans le cas de **dispositifs de veille**, les bénévoles vont au-delà de l'écoute. Comme indiqué plus haut, ils **vont vers les personnes en souffrance et peuvent leur proposer une orientation**. Ils expriment leur rôle de la manière suivante : *« La personne en souffrance ne vient pas directement. Il faut se mettre sur son chemin. Il faut qu'un climat de confiance se crée. Il faut inciter à parler, car la parole libère. »*. Plus tard, ils précisent *« on n'est pas des soignants. On est à l'écoute. On peut orienter vers le CMP, l'assistante sociale de secteur ou des associations. Certains bénévoles appellent le médecin traitant de la personne ou l'incitent à aller le voir. On n'oriente pas systématiquement. Parfois, les personnes ont juste besoin de parler »*.

Les deux paragraphes précédents soulignent une **approche différenciée du rôle des bénévoles** :

- **Être dans une démarche passive** : être vigilant face à l'expression d'un mal-être, sans viser le repérage de la crise suicidaire, permettre à la personne de s'exprimer, en adoptant une démarche lui permettant de trouver une solution par elle-même,
- **Être dans une démarche active** : repérer la souffrance psychique des personnes, aller vers elles, leur proposer une orientation.

Ces deux approches soulignent une vision différente de la personne en souffrance : les écoutants supposent que la personne est en capacité d'exprimer sa souffrance et de demander de l'aide, tandis que les veilleurs partent du postulat que la personne ne peut pas s'exprimer spontanément, d'où la nécessité d'aller vers elle.

Peu de bénévoles ont évoqué les actions d'information et de sensibilisation à l'attention du grand public. Cette activité a été davantage citée en Mayenne. Dans ce département, les bénévoles remarquent que les conférences ou réunions publiques répondent à un besoin : elles sont l'occasion pour les participants d'échanger sur leurs expériences, de prendre conscience qu'elles ne sont pas seules à connaître leur situation. Les bénévoles ont d'ailleurs parfois été surpris par l'affluence lors des réunions. Ces moments constituent également un moyen pour eux d'être repérés, voire interpellés par des personnes qui ne vont pas bien ou par un proche.

Les investigations sur site n'ont pas permis d'approfondir la place des dispositifs en matière d'animation de groupes de paroles, du point de vue des bénévoles. Pour rappel, cependant, ces groupes sont en principe animés ou co-animés par un professionnel et visent non pas à fournir des conseils mais à faciliter l'échange entre pairs.

Une utilité des dispositifs bénévoles que les professionnels de la santé et du social situent majoritairement dans la proximité et les qualités humaines relationnelles

La grande majorité des professionnels rencontrés place l'intervention des bénévoles dans un registre plutôt social visant la lutte contre l'isolement, qui peut contribuer à la prévention du suicide très en amont de l'acte suicidaire. Pour ces professionnels, la prévention de la crise suicidaire doit s'appuyer sur des professionnels, voire exclusivement sur du personnel médical. Un intervenant de la MSA résume ainsi ce constat : « si les personnes suicidaires relèvent du médical, ce n'est pas le cas des personnes en mal-être, en souffrance ». Un nombre plus restreint d'interlocuteurs positionne l'action bénévole en prévention de l'acte suicidaire ou de la récurrence, parallèlement à la prise en charge et après l'hospitalisation. Aussi, plusieurs psychiatres hospitaliers souhaiteraient que soit développée l'intervention bénévole après une hospitalisation et dans le domaine de la postvention. Or, il leur semble que les bénévoles agissent actuellement peu à ce moment.

Les avis divergent donc sur le positionnement des bénévoles : pour certains acteurs, majoritaires, l'action des bénévoles doit se limiter à la création du lien social et à la lutte contre l'isolement, alors que pour d'autres, les plus rares, les bénévoles peuvent avoir un rôle de repérage de la crise suicidaire. L'avis de ces derniers peut cependant reposer sur une vision erronée de l'activité des bénévoles : ces professionnels supposent, en effet, que les bénévoles veilleurs comme écoutants assurent une mission de repérage et d'orientation des personnes avec comportements suicidaires. Or, comme indiqué précédemment, les bénévoles écoutants, de même que certains veilleurs, sont rarement dans ce registre.

Des différences s'expriment selon les activités évoquées et selon la compréhension plus ou moins extensive que les professionnels de la santé et du social ont de la notion de « prévention du suicide ».

En premier lieu, l'écoute, quel que soit le média utilisé, est l'activité sur laquelle le plus d'appréciations sont formulées, car elle est aussi l'activité la plus connue ou sur laquelle les professionnels ont l'impression d'en savoir le plus. Cette activité recueille majoritairement des avis positifs. Les professionnels considèrent, en effet, que les personnes en souffrance peuvent avoir besoin d'une écoute généraliste, non « étiquetée », non médicale qui facilite la première expression du mal-être. En revanche, des professionnels de santé mais aussi des acteurs institutionnels ont du mal à comprendre le principe de non-directivité : contrairement aux bénévoles pour qui l'écoute est une aide en soi, ils se demandent à quoi sert d'écouter si rien n'est fait ensuite pour apporter une solution. Plusieurs médecins psychiatres s'interrogent, en outre, sur la pertinence de l'écoute par messagerie.

L'activité de veille offre, quant à elle, une aide de proximité qui n'existe pas en dehors des bénévoles. Selon certains professionnels, notamment de santé, les bénévoles apportent une capacité de repérage des personnes en souffrance que les professionnels de santé ne peuvent pas avoir puisqu'ils ne sont pas intégrés au sein de la population d'un territoire donné, cette distance étant d'ailleurs nécessaire pour effectuer une prise en charge adaptée. Pour un cadre de santé d'un CMP, « les bénévoles apportent énormément pour repérer les personnes vulnérables. Ils sont des personnes ressources, car ils sont dans le tissu social de la collectivité ». En effet, agissant sur un territoire, dont le périmètre est limité, les bénévoles peuvent s'appuyer sur un réseau d'acteurs (associations, professionnels du social, de la santé, du droit,...) qu'ils connaissent bien.

Pour un médecin généraliste, « *il est essentiel d'avoir plusieurs systèmes de repérage : il y a le repérage par le médecin mais l'aspect médical peut bloquer la personne et le repérage par le bénévole, qui apporte une approche différente, sans attente, sans pression* ». Les interrogations émises à l'égard des activités de veille concernent les règles mises en place pour respecter l'intimité, pour limiter l'ingérence dans la vie de personnes qui n'ont pas forcément demandé de l'aide et pour respecter la confidentialité des informations recueillies. Des professionnels de santé mais aussi du secteur social sont donc « *plutôt réticent[s] à l'intervention bénévole car elle nécessite d'être fortement encadrée* ». Une responsable d'un établissement social, sur un territoire où il n'y a pas encore de dispositif, s'interroge : « *est-ce bien raisonnable de faire intervenir des bénévoles sur ces questions là [veille], car il faut être sacrément armés ?* ».

Concernant les **groupes de paroles**, il s'agit du type d'action le moins connu des professionnels, qui, en conséquence, ont formulé **peu d'avis à ce sujet**. Lorsqu'ils l'ont fait, cet avis est plutôt défavorable à l'intervention bénévole : pour eux, l'animation de groupes de paroles relève de professionnels.

Enfin, **l'organisation d'actions d'information / sensibilisation à la prévention du suicide et du mal-être a soulevé peu de remarques**. Les professionnels rencontrés y ont peu participé. Une nuance est à apporter pour la Mayenne : la pièce de théâtre « Semailles d'Automne », organisée en partenariat par le COPS 53, a été très appréciée. Un CMP remarque tout de même que ces réunions mettent en évidence un certain malaise des bénévoles avec le sujet du suicide : ce terme est rarement utilisé dans l'intitulé de la conférence. La crainte des professionnels est que ces réticences à aborder frontalement le suicide impactent l'aide apportée par les bénévoles à des personnes en souffrance psychique.

Quelque soit les limites plus ou moins strictes posées à l'action des bénévoles, tous les professionnels émettent des conditions à respecter. Ils rappellent enfin que si la mobilisation de l'ARS autour de la question du suicide apparaît importante, « *on ne bâtit pas une politique publique de prévention avec des bénévoles* ».

Au sein des dispositifs bénévoles, des raisons individuelles et structurelles qui freinent le repérage et l'accompagnement des personnes suicidaires

Les points évoqués ci-après ont déjà été mentionnés dans le corps du rapport, mais il apparaît important de les repositionner rapidement ici comme frein au repérage et à l'accompagnement des personnes en souffrance psychique.

Au niveau individuel, l'activité réalisée par les bénévoles peut générer chez eux des inquiétudes, voire des peurs :

- Ils peuvent ainsi exprimer un **sentiment d'isolement et de crainte concernant leurs pratiques** et ce qui peut se passer après l'appel ou la rencontre. Ce sentiment est principalement exprimé par des bénévoles pratiquant l'écoute téléphonique, mais il n'est pas partagé par tous, en fonction des enjeux que les uns et les autres placent dans leur mission.

Un veilleur indique « *on agit avec ce qu'on pense. On ne sait pas si on fait bien, mais on écoute* ».

De son côté, un écoutant au téléphone met en évidence le contraste flagrant existant entre le temps de formation riche en échanges entre aspirants bénévoles, anciens bénévoles, formateurs et le moment où il se retrouve seul avec son téléphone.

- Pour les veilleurs intervenant auprès de personnes suicidaires ou en souffrance psychique, la **difficulté est d'aller vers la personne** quand la sollicitation de l'aide provient de l'entourage.

Les veilleurs d'un dispositif bénévole décrivent ainsi leur approche : « *On repère les gens qui ne vont pas bien, mais on ne veut pas aller au devant des gens qui ne seraient pas prêts. [...] On garde un œil sur les personnes qui refusent notre aide mais c'est la limite. On fait des petits coucous de temps en temps* ». Sur un autre territoire, un bénévole avoue que « *aller vers les gens, c'est très compliqué : comment les aborder ?* » et qu'il ne s'en sent pas capable. Enfin, dans un autre lieu, un bénévole constate que le dispositif reçoit de plus à plus d'appels provenant de l'entourage des personnes en souffrance psychique et que les bénévoles ne sont pas forcément préparés à traiter ces appels.

Les professionnels de santé mettent, de leur côté, en évidence les risques d'une trop grande proximité avec les personnes accueillies, d'une distanciation insuffisante par rapport aux situations rencontrées, d'un encadrement trop distant. D'après un professionnel d'un CMP, « *les bénévoles différencient mal la réalité de leur projection. Ils évaluent difficilement l'intentionnalité de la personne* ». Il identifie également un « *risque d'envahissement pour le bénévole : que faire des histoires reçues ?* ». De même, un responsable d'une structure médico-sociale relève le paradoxe dans lequel se situent les bénévoles : « *leur plus-value est d'être dans la proximité, on leur demande cette proximité, mais, en même temps, il faut qu'ils prennent de la distance par rapport aux situations* ».

Au niveau des structures, les difficultés sont principalement liées :

- A leur manque de structuration,

Les problèmes sont de différents types : manque de visibilité, manque de fonctions support assurant la coordination des intervenants, l'animation du dispositif ou de secrétariat ; manque de clarté des finalités de l'action bénévole impliquant un flou autour des limites de leur intervention ; ou encore difficulté à appliquer la formation au repérage de la crise suicidaire.

- A la taille réduite de certaines équipes (en particulier de veilleurs) et aux risques de démobilisation des bénévoles,

« *Les ressources très réduites de certaines associations questionnent* ». Nombreux sont les acteurs qui préviennent « *les bénévoles sont peu nombreux et ils s'essouffent* », « *il ne faut pas user les bénévoles* », « *il faut prendre soin des bénévoles* ».

- Au manque d'appui des professionnels (cf. plus haut).

Les conditions minimales pour l'obtention d'une place dans l'accompagnement des personnes suicidaires, d'après les professionnels

A la demande du prestataire, les professionnels ont précisé quelles sont, selon eux, **les conditions d'accompagnement des personnes suicidaires par des bénévoles**. Ces conditions sont unanimement partagées. Il n'y a pas de différences notables dans l'expression de ces conditions entre professionnels de santé et professionnels du social.

- Concernant les structures :

- **Les dispositifs bénévoles doivent être adossés à une structure professionnelle et intégrés dans un collectif** impliquant des professionnels de la santé.

L'activité bénévole doit s'inscrire dans un collectif, qui offre des garanties en termes de visibilité de l'action, d'homogénéité des pratiques, de respect des règles initialement posées. D'après un médecin psychiatre sollicité pour l'évaluation, *« l'essentiel est la mise en lien »*, ce qui suppose la création d'une relation de confiance entre professionnels de santé et bénévoles. De plus, l'intégration à un collectif doit permettre d'offrir une certaine stabilité au dispositif, en évitant qu'il ne soit trop lié à quelques personnes de bonne volonté.

Pour plusieurs professionnels du secteur de la santé ou du social, les bénévoles ne peuvent agir qu'avec un fort appui des professionnels de santé, en particulier d'un CMP.

- **Des objectifs clairs, précis doivent être définis**, afin qu'il soit plus aisé de connaître et identifier les limites de l'intervention des bénévoles, pour eux-mêmes et pour les partenaires potentiels. Il s'agit de poser un cadre d'intervention qui soit régulièrement repositionné. En effet, en l'absence d'un tel cadre, le risque est que les bénévoles interviennent selon leur propre schéma de pensée, leur propre cadre de références. Cet outil doit également faciliter le passage de relais des bénévoles vers les professionnels. Finalement, *« il faut que les bénévoles soient clairs sur ce qu'ils peuvent construire et faire »* ou ne pas faire.

- Concernant les bénévoles :

- **Les modalités de recrutement doivent être rigoureuses et sélectives,**

En particulier, les motifs de l'engagement bénévole doivent être précisément analysés, car être aidant n'est pas possible pour tout le monde : il faut une capacité d'écoute, d'absorption des informations recueillies, de compréhension des situations, des besoins et des attentes. De plus, certaines histoires personnelles fragilisent trop les candidats pour qu'ils puissent apporter une aide.

- **Les bénévoles doivent systématiquement être formés** (à l'écoute, au secret professionnel, au risque suicidaire,...), **bénéficiaire d'une supervision et d'une analyse de la pratique,**

Tous les professionnels sont convaincus que « *la bonne volonté ne suffit pas* » et qu'une formation initiale et continue est indispensable à l'action bénévole. En effet, les bénévoles peuvent avoir de grosses responsabilités alors qu'ils ne sont pas professionnels. La formation doit apporter les garanties nécessaires au bon fonctionnement des dispositifs.

Si la formation est incontournable, elle ne suffit pas. Le retour sur les pratiques est également fondamental : les bénévoles doivent, selon les professionnels, s'interroger régulièrement sur ce que l'écoute a apporté à la personne. Ils doivent pouvoir « *se décharger* » des situations qu'ils ont entendues, d'autant qu'ils ne perçoivent pas l'urgence, la souffrance comme les professionnels.

5. REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

5.1. UNE CONTRIBUTION DES DISPOSITIFS BENEVOLES A L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SUICIDAIRES A ETAYER

Une approche des publics cohérente avec les orientations du Projet Régional de Santé

Les finalités des dispositifs bénévoles sont en cohérence avec l'orientation stratégique du projet régional de santé visant à mettre la personne au cœur des préoccupations du système de santé. Dans le détail, elles correspondent aux deux objectifs du PRS déclinés à partir de cette orientation stratégique, à savoir « être acteur de sa santé » et « une démarche centrée sur la personne ». En effet, les structures qui proposent des modalités d'accueil et d'écoute des personnes en souffrance (veille, écoute, groupes de parole) ont toutes **une approche, qui part de la demande de la personne telle qu'elle s'exprime²³, visant à mobiliser la capacité de la personne à trouver par elle-même la solution qui convienne à sa situation.** Par ailleurs, concernant plus spécifiquement l'objectif de mise en place d'une démarche centrée sur la personne, **les dispositifs bénévoles cherchent à développer un service lisible, ce qui correspond à l'un des résultats visés par le PRS. Des améliorations sont encore largement possibles :** les acteurs ont tous mis en place des actions de communication pour se faire connaître du grand public et des partenaires ; ils ont, pour certains, participé à l'élaboration d'annuaires des acteurs de la prévention du suicide ou créé un site Internet. Mais, les dispositifs bénévoles restent confidentiels et très peu connus des professionnels. **Le développement d'une écoute plus attentive est un autre objectif fixé par le PRS :** les processus de décision doivent mieux intégrer la perception et l'analyse par la personne elle-même de sa situation, de son problème de santé²⁴. **Les dispositifs bénévoles peuvent sans doute y contribuer par la médiation qu'ils sont susceptibles de réaliser entre les personnes et les professionnels de santé. Cependant, il apparaît actuellement que tous les dispositifs bénévoles ne se donnent pas pour objectif d'orienter les personnes qui les contactent, et que ces dernières ne souhaitent pas nécessairement une orientation.** Par conséquent, leur rôle en la matière ne peut qu'être limité, d'autant que le partenariat avec les professionnels de santé est aujourd'hui complexe.

Pour autant, les responsables interrogés ont une connaissance imprécise des objectifs du schéma régional de prévention. Même lorsqu'un des membres de l'association a participé à des réunions de présentation organisées par les autorités sanitaires, les objectifs de la politique régionale de lutte contre le suicide sont peu connus. Un manque de visibilité est souvent évoqué : le PRS, voire la politique publique elle-même, apparaissent trop complexes à s'approprier. Spontanément, lorsque l'on demande aux représentants des structures, leur perception de la politique régionale de lutte contre le suicide, ils évoquent les Journées Nationales de Prévention du Suicide et les éventuelles autres réunions proposées par l'ARS. Ils apprécient hautement ces journées : un Président de structure indique ainsi que les rencontres,

²³ L'activité de veille appelle une nuance sur ce point : les veilleurs peuvent aller à la rencontre de personnes qui n'ont pas formulé de demandes, mais pour lesquels un besoin a été repéré. Néanmoins, la personne reste libre de refuser d'accueillir les veilleurs.

²⁴ Projet régional de santé 2012 – 2016, Orientations stratégiques, p.26

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

associant professionnels et associations, donnent un sentiment de reconnaissance, provoquent une saine émulation et permettent à tous les acteurs d'aller dans le même sens.

En revanche, l'orientation visant à organiser une offre de proximité est moins mise en œuvre : en effet, le travail partenarial est très différemment avancé selon les territoires (cf. conclusion relative à l'articulation entre les dispositifs bénévoles et avec les professionnels de santé et du social).

Un manque de connaissance des causes du suicide dans les Pays de la Loire permettant difficilement d'étayer le positionnement des dispositifs bénévoles.

L'analyse des statuts des associations ainsi que les échanges avec les responsables des structures ont conduit à classer les 20 entités sollicitées en fonction de **trois finalités** :

- Lutter contre l'isolement,
- Proposer un espace de parole à des personnes en souffrance psychique,
- Accueillir des personnes confrontées à des comportements suicidaires ou prévenir le suicide par la création de collectifs ou regroupements d'acteurs.

La majorité des dispositifs bénévoles sollicités et des bénévoles qui les composent n'affirment pas un rôle en matière d'accompagnement des personnes avec comportements suicidaires. Or, tous sont amenés à être en contact avec des personnes suicidaires.

S'il est important d'avoir des réponses diversifiées en matière de prévention du suicide, **l'adaptation de ces différentes réponses à la situation de la personne en souffrance psychique dépendra de son état d'avancement dans le processus suicidaire et des raisons qui la conduisent à cette souffrance**, voire à des comportements suicidaires. Dans certains cas, la personne aura les moyens de demander de l'aide, dans d'autres, elle nécessitera qu'on aille vers elle. Dans certains cas, une écoute attentive et bienveillante suffira, dans d'autres, une orientation sera essentielle. Ainsi, d'après le programme national de lutte contre le suicide, les actions de prévention ne visent pas seulement à empêcher le geste suicidaire, mais, plus en amont, à limiter et mieux prendre en charge la souffrance psychique des individus, voire, à développer des compétences psychosociales spécifiques. Potentiellement, donc, les actions de lutte contre l'isolement et d'écoute peuvent contribuer à diminuer les risques de suicide, mais elles ne sont pas adaptées à tous types de personnes suicidaires. Les solutions à envisager doivent être nécessairement différentes selon que la personne est suicidaire parce qu'elle est dépressive, parce qu'elle souffre d'une pathologie mentale, parce qu'elle a des comportements addictifs ou parce qu'elle connaît une situation économique et sociale qui lui paraît insurmontable.

Or, aujourd'hui, le positionnement des différents types de dispositifs bénévoles ne s'appuie pas sur une analyse contextuelle des causes de suicide permettant d'identifier quels dispositifs seraient les plus efficaces pour réduire les suicides et tentatives de suicide. En effet, dans les Pays de la Loire, la connaissance du phénomène suicidaire se base essentiellement sur le nombre ou le taux de décès par suicide et de tentatives de suicide par âge, par sexe et par

département. Cela ne renvoie pas aux facteurs qui peuvent conduire au suicide ou au contraire protéger.

5.2. LES FACTEURS CLES DE SUCCES ET D'ECHEC DANS LA CREATION, LE FONCTIONNEMENT ET L'ACTION DES DISPOSITIFS BENEVOLES

Des dispositifs bénévoles qui, quelque soit le type d'activité, recherchent l'établissement d'un lien de confiance, préalable indispensable en matière de prévention du suicide

Les dispositifs bénévoles offrent, tout d'abord, un accueil et une écoute globale, dans un cadre souple, sans règles strictes (si ce n'est le respect de l'interlocuteur), ce qui répond au besoin de personnes qui veulent s'éloigner ou ne pas être pris en charge par un acteur institutionnel, qui ne souhaitent pas s'engager dans une démarche à long terme, encadrée par des procédures strictes.

La disponibilité est un autre grand atout, bien qu'elle puisse être limitée en fonction des moyens humains dont dispose la structure bénévole. Celle-ci peut être plus réactive qu'un acteur institutionnel pour répondre à une demande (l'accueil se faisant le plus souvent sans rendez-vous), accueillir à des moments où les professionnels ne travaillent pas (comme la nuit, en soirée, le week-end,...), sur des durées plus longues (le plus souvent, c'est la personne qui met fin à l'écoute, quand elle le souhaite).

Les démarches d'accueil et d'écoute sont encadrées par une charte des bénévoles ou de l'écoutant. La garantie des principes inscrits dans ces chartes s'appuie sur les actions de formation continue, la supervision et parfois, sur un bénévole ou un salarié chargé de coordonner, encadrer et soutenir les bénévoles. Il s'avère néanmoins que tous les dispositifs bénévoles n'ont pas les moyens de mettre systématiquement en place ces actions, supports pourtant indispensables à la réalisation de la mission des bénévoles. Par ailleurs, les bénévoles, s'ils sont en recherche d'échanges, n'ont pas tous la même appétence et la même disponibilité pour la formation ou pour participer aux séances de supervision et aux conférences sur le mal-être.

Ces atouts renvoient aux qualités que le Professeur Michel WALTER²⁵ met en évidence pour l'établissement d'un lien de confiance : celui-ci repose essentiellement sur les compétences individuelles de chaque intervenant (capacité d'accueil et d'ouverture à l'autre, capacité d'empathie, capacité de se lier à une personne agressive plutôt que de réagir de manière défensive, capacité de mettre en mots, capacité d'accepter le comportement suicidaire sans cautionner le geste,...).

²⁵ Dossier ADSP n°45 « La prévention du suicide », décembre 2003. Michel WALTER, professeur des universités et praticien hospitalier au CHU de Brest, chef de service du Service hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et de psychologie médicale.

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

Au regard des points précédents, les dispositifs bénévoles constituent :

- Un premier interlocuteur, permettant de pallier le refus de s'adresser à des soignants.
- Un premier interlocuteur accompagnant vers la prise de conscience du mal-être et du besoin de prise en charge.

En revanche, le rôle en matière de repérage des risques suicidaires est beaucoup moins partagé (cf. section relative à la place des dispositifs bénévoles).

Des dispositifs bénévoles qui, quelque soit le type d'activité, sont confrontés à des problèmes structurels qui freinent la mise en œuvre de leur mission

Les ressources financières et matérielles des dispositifs bénévoles sont limitées et plusieurs acteurs professionnels qualifient leur situation de précaire. Les dispositifs bénévoles ont généralement besoin de peu de matériel. Néanmoins, il apparaît important de s'assurer que le local, en cas d'accueil du public, est suffisamment grand et présente les conditions nécessaires à cet accueil (sécurité, confidentialité,...). Concernant les ressources financières, plusieurs dispositifs regrettent la baisse tendancielle des subventions. Si ce constat n'est pas vrai dans toutes les structures, les financements actuellement attribués ne permettent pas d'assurer la formation initiale et continue de l'ensemble des bénévoles. Les dispositifs bénévoles manquent également de moyens humains dédiés ou en capacité de s'occuper de l'animation, du secrétariat et de la coordination du dispositif avec l'existant. Actuellement, la faiblesse des moyens des dispositifs bénévoles questionnent leur capacité à pérenniser leur action et à encadrer correctement la mission des bénévoles.

Il en résulte que **la formation et l'encadrement des bénévoles peuvent être trop limités au regard des situations que les bénévoles ont inévitablement à croiser**. Qu'ils soient veilleurs ou écoutants, les bénévoles jugent complexe la mise en œuvre de la formation au repérage de la crise suicidaire. Ils sont ainsi peu nombreux à avoir l'initiative d'aborder la question du suicide et à rechercher les signes de comportements suicidaires. Ils ont exprimé à plusieurs reprises un sentiment d'impuissance face à des situations de crise. En outre, les veilleurs ne sont pas systématiquement formés au repérage de la crise suicidaire ; les écoutants ne sont pas systématiquement formés à l'écoute. La supervision est très souvent réalisée par un professionnel de santé extérieur à la structure mais tous les bénévoles ne s'y rendent pas. En outre, elle apparaît parfois insuffisante pour rassurer les bénévoles sur leurs pratiques, leur savoir-faire et leur savoir-être. Un certain nombre de bénévoles sont en effet aujourd'hui isolés, dans des structures où les équipes s'essouffent. Or, la supervision est essentielle pour repositionner le cadre et les limites de l'intervention bénévole.

Les difficultés en matière de gestion des ressources humaines s'expriment encore à deux niveaux. **En premier lieu, le recrutement des bénévoles est le problème essentiel des dispositifs**. Non seulement les candidats sont rares, mais ils doivent réunir de nombreuses qualités personnelles et accepter de s'investir dans la structure. Pour les structures qui souhaitent intervenir dans l'accompagnement des personnes suicidaires, les modalités de recrutement ne semblent, actuellement, pas toujours suffisamment sélectives. **En second lieu, la position des bénévoles peut notamment être difficile dans le cas d' « habitués », qui sollicitent régulièrement le dispositif**. Il peut alors s'installer une relation de dépendance

entre l'écouter et l'écouter, ce qui représente un risque ou peut générer un sentiment de lassitude pour le bénévole. Aussi, les responsables des structures essaient-ils de mettre en place des règles pour limiter cette dépendance (écoute en binôme, roulement des bénévoles au niveau des jours et horaires de permanences, écoute exclusive de la demande présente,...).

Enfin, les **dispositifs bénévoles manquent de visibilité**. Les efforts des dispositifs pour communiquer par le biais de plaquettes, d'articles de presse, d'interventions radiophoniques ou de conférences ne suffisent pas. L'impact des actions de communication est très faible : les objectifs visant à se faire connaître et à recruter des bénévoles ne sont, dans l'ensemble, pas atteints. La diffusion des documents de communication, qui a pu être importante, ne suffit manifestement pas. C'est un des facteurs, mais pas le seul, expliquant la faiblesse des relations partenariales avec les professionnels, notamment du secteur de la santé (cf. ci-dessous).

5.3. L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS BENEVOLES ENTRE EUX ET AVEC LES ACTEURS PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SECTEUR SOCIAL

Une proximité qui n'est pas organisée contrairement à l'objectif du Projet régional de santé

La deuxième orientation stratégique du PRS 2012 – 2016, qui s'intitule « la proximité organisée » et vise notamment la mise en place de coopérations centrées sur les besoins des personnes dans les territoires de proximité et le renforcement de la connaissance mutuelle entre professionnels, établissements et acteurs locaux de la prévention, du soin, du médico-social et du social, reste à concrétiser dans le domaine de la prévention du suicide.

Ce constat se vérifie en particulier pour les activités d'écoute, de veille à vocation sociale et l'animation de groupes de paroles. Il est moins vrai pour les dispositifs de veille orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires ou à risque.

Or, l'organisation d'une action coordonnée est fondamentale en matière d'accompagnement des personnes suicidaires : en effet, selon Jean-Louis TERRA, cet accompagnement s'organise autour de trois niveaux d'intervention (acteurs de la détection, acteurs de la construction d'une protection et acteurs de la prise en charge). Chacun des niveaux doit permettre « *que la personne trouve le plus rapidement possible quelqu'un sur son chemin, qu'elle n'ait à raconter son histoire qu'à un faible nombre de personnes et qu'elle obtienne des réponses* ». Dans les Pays de la Loire, les acteurs de la détection ne sont pas encore suffisamment nombreux et organisés. En outre, ils ne sont pas suffisamment articulés avec les acteurs de la prévention et de la prise en charge.

Les pré-requis nécessaires à une action partenariale ne sont aujourd'hui pas réunis

Entre bénévoles et professionnels, les incompréhensions restent fortes. En premier lieu, parce que les différents intervenants ne se connaissent pas. En second lieu, parce qu'ils ne se portent pas d'intérêt réciproque. En troisième lieu, parce qu'il n'y a pas de lien de confiance entre eux. Les pré-requis nécessaires à une action partenariale n'existent donc pas.

Professionnels et bénévoles écoutants ou veilleurs orientés à vocation sociale ne suivent pas les mêmes objectifs :

- Les professionnels de santé attendent des bénévoles qu'ils repèrent les personnes avec comportements suicidaires, alors que les bénévoles écoutants souhaitent uniquement proposer une présence permettant de rompre une solitude et de libérer la parole.
- Les professionnels de santé souhaiteraient que les bénévoles écoutants orientent les personnes, alors que cela contrevient aux principes de non-directivité voire d'anonymat.
- Les professionnels de santé indiquent que les dispositifs d'écoute ne peuvent pas avoir uniquement comme finalité d'écouter, alors que les bénévoles écoutants considèrent que l'écoute constitue une aide en soi.

Les objectifs des professionnels et des veilleurs orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires sont davantage concordants, mais d'autres difficultés peuvent alors compliquer les relations partenariales.

Quelque soit le type de dispositif bénévole, il s'avère, en effet, que, par méconnaissance, **professionnels et bénévoles ne se comprennent pas et ne cherchent pas à s'adapter aux principes d'action des uns et des autres**. Les professionnels qui ont une connaissance imparfaite des dispositifs bénévoles développent des fantasmes favorables ou défavorables vis-à-vis d'eux : les limites et les apports évoqués par les acteurs rencontrés relèvent plus de l'image que d'une appréciation objective. De leur côté, les bénévoles, lorsqu'ils interpellent les professionnels pour des personnes en souffrance, ne comprennent pas ce qu'ils considèrent comme un manque de réactivité et qui, en réalité, peut être lié à des contraintes administratives ou à des procédures de prise en charge. Au final, à de rares exceptions près, les intervenants professionnels et bénévoles ne se sont pas entendus sur les informations qu'ils pourraient échanger, d'autant que ces échanges sont à adapter sur chaque territoire, en fonction des orientations des institutions.

Les investigations conduites sur site soulignent, de plus, un **problème de sémantique** : la prévention du suicide peut être appréhendée dans une vision plus ou moins large selon les interlocuteurs. Pour certains, la prévention du suicide englobe la création du lien social, la lutte contre l'isolement, alors que pour d'autres, elle commence avec le repérage de la crise suicidaire. De même, concernant l'utilisation du terme « suicide » : pour les professionnels de la psychiatrie, il est indispensable de l'utiliser, alors que les bénévoles ne sont pas toujours dans cette optique et privilégient des termes plus neutres, tels que « mal-être », « idées noires » ou une communication qui ne soit pas orientée sur la souffrance mais sur la possibilité de « s'en sortir ».

Une formation pluridisciplinaire au repérage de la crise suicidaire qui n'a pas permis de fonder les bases d'un partenariat

La formation au repérage de la crise suicidaire pourrait être un moyen pour les intervenants professionnels et bénévoles de disposer « *d'un langage, d'un système d'évaluation ainsi que d'un plan d'intervention communs indispensables pour un travail en réseau efficace* », selon le Professeur TERRA. Néanmoins, jusqu'alors, **malgré l'organisation de formations pluridisciplinaires, ces dernières ont eu peu d'impacts sur les relations partenariales**, à

l'exception du territoire de la Communauté de Communes de Vallet, grâce à l'implication forte d'un élu qui a pu en mobiliser d'autres et d'un psychiatre du pôle intersectoriel Fédération de Santé Publique du CHS Georges Daumezon.

Outre l'adoption d'un langage commun et la mise en place de processus coordonnés d'accompagnement des personnes en souffrance psychique, le rapprochement entre les différents intervenants vise une autre vertu : comme le rappelle le chef de service du Pôle intersectoriel Fédération de Santé Publique au CHS Georges Daumezon « *La gradation dans les interventions est primordiale car **il faut partager la responsabilité d'une prise en charge, d'un suivi*** ». Aujourd'hui, **ce partage des responsabilités n'est pas avéré** et le poids d'une histoire grave peut être lourd à porter pour un bénévole qui se sent isolé et seul face à cette situation.

5.4. UNE PLUS-VALUE DES DISPOSITIFS BENEVOLES QUI S'EXPRIME EN DEHORS DES PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE AVEC COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

La notion de parcours renvoie à une action coordonnée des acteurs de la prévention, du soin, du médico-social et du social tout au long de l'accompagnement du patient. Elle suppose que puissent être identifiées les étapes amont à la prise en charge, les étapes de prise en charge proprement dites et les étapes aval. L'analyse des parcours doit tenir compte de l'entremêlement, pour une même personne, du parcours de santé avec le parcours professionnel, le parcours social, le parcours résidentiel et, plus globalement, l'histoire personnelle de l'individu. Cette notion est donc potentiellement très large. Ainsi, la notion de parcours reprend les tentatives nombreuses de coordination et traduit une bascule du système de santé depuis le tout curatif vers une prise en charge plus large de la santé des populations (passage du *to cure* au *to care* en anglais). Or, le paragraphe précédent montre que cette coordination est aujourd'hui minimale.

La faible contribution des dispositifs bénévoles à la prévention de la crise suicidaire ne préjuge pas d'un déficit d'interventions en la matière, car, en Pays de la Loire, bien d'autres acteurs (institutionnels ou associatifs) peuvent avoir une action.

Seuls les dispositifs de veille orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires interviennent dans le parcours des personnes en souffrance psychique

Le rôle des dispositifs de **veille** orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires est précisément d'**intervenir sur la trajectoire des personnes ayant des comportements suicidaires** pour éviter le passage à l'acte ou la récurrence, voire pour soutenir l'entourage.

En effet, les activités de veille donnent lieu :

- **à des alertes préalables** à l'intervention du dispositif. Cela peut se faire grâce à une certaine proximité entre les partenaires du territoire. Les veilleurs sont le plus souvent sollicités par l'entourage, voire par la personne elle-même, et non par des professionnels.
- **à une ou plusieurs rencontres**, en fonction des besoins de la personne,
- **à des orientations**, le cas échéant, qui peuvent être faites en direction de professionnels de santé (médecin traitant ou CMP le plus souvent), en direction de professionnel du social (travailleurs sociaux en particulier) ou auprès d'autres associations.

Les dispositifs de veille (2 sur 3) ont aujourd'hui certains **atouts pour mener à bien cette mission** :

- Ils ont, en théorie, la capacité de repérer les personnes suicidaires, d'aller à leur rencontre et de les accompagner vers la solution la plus adaptée.
- Ils sont adossés à un établissement public administratif ou à une collectivité. Les apports sont de différents ordres, entre autres, soutien matériel et logistique et aide à la mobilisation des partenaires.
- Ils travaillent en partenariat avec un CMP, qui peut leur apporter une aide à la mobilisation des professionnels hospitaliers mais surtout, un soutien à la formation et à l'analyse de la pratique. Pour les petits dispositifs locaux, ce type de rapprochement offre également un soutien à l'établissement et au suivi d'un cadre commun d'intervention, évitant que chaque bénévole n'intervienne avec son propre cadre de référence.
- Ils essaient de s'inscrire dans un réseau diversifié de professionnels : professionnels de santé du secteur libéral, services de Secours et de Police, services sociaux, associations locales,...

Cependant, les professionnels de santé, mais aussi les professionnels du social ne reconnaissent pas tous l'intérêt de recourir aux bénévoles pour assurer cette action de veille. **L'inscription des dispositifs de veille dans les parcours peut être freinée par l'organisation du système de soins**, qui est en attente de demandes et n'est pas toujours organisé pour aller vers les populations. Il n'y a donc pas besoin d'un tiers entre le service de santé et la personne, tant que cette dernière n'a pas décidé de recourir aux soins.

Par ailleurs, les bénévoles ne sont pas toujours suffisamment formés et supervisés. Ils ne sont pas systématiquement formés au repérage de la crise suicidaire et peuvent craindre de s'immiscer dans l'intimité des personnes en souffrance. En effet, les activités de veille, qui impliquent d'aller à la rencontre de personnes en souffrance, peuvent être délicates en milieu rural, où « tout le monde connaît tout le monde ». Les personnes aidées peuvent alors voir de l'ingérence dans l'action des bénévoles : l'approche nécessite une grande délicatesse.

Les autres types de dispositifs ne se positionnent pas dans l'accompagnement des personnes avec comportements suicidaires, mais se donnent une visée plus sociale de lutte contre l'isolement

L'activité d'écoute donne aux bénévoles qui l'exercent un rôle en matière de repérage des risques suicidaires, mais les bénévoles écoutants ne se donnent pas cette fonction et ne sont ni organisés ni outillés pour.

Compte tenu de leur objet et de leurs modalités d'intervention, les dispositifs bénévoles d'écoute, de veille à vocation sociale et de groupes de paroles agissent, pour la majorité d'entre eux, très en amont de la crise suicidaire. Ils se positionnent dans le cadre d'une prévention qui vise autant à lutter contre l'isolement qu'à prévenir les conduites à risques. Par l'échange, l'espace de paroles et le lien social, les bénévoles pensent contribuer à créer « *un lien humain vital, car la solitude est une maladie mortelle* », selon le responsable d'un dispositif d'écoute. **Cette position s'inscrit dans une approche globale de promotion de la santé mentale.**

La personne s'adresse le plus souvent spontanément à ces dispositifs. Il n'y a pas de suivi²⁶ et pas d'orientations. Les responsables de dispositifs d'écoute indiquent souvent que si la personne a été en mesure de contacter le dispositif bénévole, elle sera en mesure de solliciter de l'aide. Or, en fonction des causes du comportement suicidaire, l'orientation ou passage de relais est une étape particulièrement importante. Au sein de ce type de dispositifs, l'intervention bénévole correspond à une intervention ponctuelle sans lien élaboré avec d'autres acteurs locaux, notamment professionnels de la santé. Elle ne s'inscrit donc pas dans le parcours des personnes. En matière d'accompagnement des personnes suicidaires, ce manque de lien avec les acteurs locaux et les professionnels de santé constitue un déficit majeur.

Et, si la plupart de ces dispositifs affirment qu'ils rencontrent relativement rarement des personnes suicidaires, leurs bénévoles sont inévitablement confrontés à de telles situations. Ce constat est à mettre en lien avec l'absence de démarche de repérage des risques suicidaires par la plupart des bénévoles. Jean-Louis TERRA rappelle qu'il y a 4% de suicidaires au niveau national. Si les acteurs de première ligne pour la prévention du suicide identifient une part de personnes suicidaires largement inférieure à ce taux, c'est que **la détection n'est pas satisfaisante.**

Dès qu'il s'agit de s'occuper d'une situation manifeste de crise suicidaire, les bénévoles, en particulier écoutants, constatent qu'ils sont démunis, malgré la participation pour certains d'entre eux à la formation au repérage de la crise suicidaire. Leurs difficultés peuvent être d'autant plus importantes, qu'à la différence des veilleurs orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires, les bénévoles écoutants ne s'attendent pas à devoir se charger de telles situations et sont moins en lien avec des professionnels de santé.

L'absence de démarche de repérage s'avère donc problématique : pour Jean-Louis TERRA, lorsqu'une personne appelle un dispositif d'écoute téléphonique, elle est au sommet de sa souffrance. Par conséquent, il est indispensable que l'écouter détecte le risque suicidaire et aborde ce thème. Ce professeur alerte, en particulier, sur l'importance de la prévention face aux

²⁶ Dans le cas des dispositifs d'écoute téléphonique, le principe est de considérer tout appel comme un premier contact, bien que les voix soient parfois reconnaissables.

propos recueillis dans les messages Internet, qui sont souvent plus denses que les conversations téléphoniques.

Dans ce contexte, le principe de non-directivité, s'il représente une complémentarité par rapport à l'écoute professionnelle, s'il se justifie par l'impossibilité pour les bénévoles de connaître toutes les solutions possibles face à la diversité des situations rencontrées, peut aussi être un frein à l'établissement de facteurs de protection pour la personne, car il ne donne pas lieu à des orientations. Si la personne exprime des idées suicidaires ou une intention, les bénévoles abordent le sujet et recherchent une solution, mais ils ne l'évoquent pas de leur propre initiative. Or, pour le professeur WALTER, en matière de prévention du suicide, il est nécessaire au cours de la communication d'« aller au devant de la demande par la mise en mots et la reconnaissance de la souffrance, démarche qui doit toujours s'effectuer dans le respect de ses propres limites et de ses propres compétences ».

En revanche, **ces dispositifs ont une place pour les personnes en souffrance passagère, qui ont besoin de se confier, de ne plus se sentir seules.** En effet, les principes d'anonymat et de non-directivité mis en œuvre par ces dispositifs impliquent qu'en grande majorité, les dispositifs bénévoles répondent exclusivement à la demande exprimée et ne jugent pas leurs usagers : d'après plusieurs responsables sollicités, les personnes peuvent ainsi trouver un interlocuteur à qui elles peuvent confier des actes ou émotions qu'elles n'ont pu partager avec d'autres personnes. Les activités d'écoute correspondent ainsi à la possibilité d'une première expression, d'une première verbalisation pour les personnes en souffrance.

6. RECOMMANDATIONS

Conformément à la finalité de l'évaluation, l'ensemble des 10 recommandations proposées ci-après, à destination principale mais non exclusive de l'ARS, visent à fournir un cadre à l'intervention bénévole, qui en est aujourd'hui dépourvue.

Sans ordre de priorité, les recommandations visent à :

- Améliorer le positionnement des dispositifs bénévoles en :
 - Précisant le cadre d'intervention des dispositifs bénévoles dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé;
 - Précisant le rôle attendu des dispositifs de veille ;
 - Précisant le rôle attendu des dispositifs d'écoute ;
 - Améliorant la visibilité des dispositifs bénévoles.
- Améliorer l'intervention des dispositifs bénévoles en :
 - Clarifiant les priorités de financement de l'ARS concernant les activités de veille ;
 - Clarifiant les priorités de financement de l'ARS concernant les activités d'écoute ;
 - Poursuivant et renforçant le programme de formation.
- Améliorer la complémentarité des dispositifs bénévoles entre eux et avec les professionnels en :
 - Favorisant les synergies entre associations pour plus d'efficacité ;
 - Intégrant les dispositifs bénévoles dans des partenariats locaux ;
 - Favorisant l'émergence de dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires.

6.1. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER LE POSITIONNEMENT DES DISPOSITIFS BENEVOLES

PROPOSITION N°1 : Préciser le cadre d'intervention des dispositifs bénévoles dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé	
<p>Références : PRS et PNAS</p> <p>(PRS : Projet régional de Santé et PNAS : Programme National d'Actions contre le Suicide)</p>	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé ; la maîtrise des risques concernant la santé des populations.</p> <p>PNAS- Axe 1 : Développement de la prévention et de la postvention</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesure 1 Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide ▪ Mesure 2 : Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale ▪ Mesure 5 : Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide.
Constats	<p>Si les actions des dispositifs bénévoles peuvent donner lieu à une typologie, les finalités qu'ils poursuivent chacun contribuent très diversement à l'accompagnement des personnes suicidaires. En outre, actuellement, la postvention est peu développée, hormis dans le cadre de groupes de paroles à l'intention de personnes endeuillées.</p> <p>Il manque une définition claire des attentes de l'ARS vis-à-vis des différents dispositifs en matière de prévention du suicide et de promotion de la santé. L'ensemble des acteurs, professionnels et bénévoles, ne partagent pas la même définition du cadre d'intervention des bénévoles. Ils n'envisagent pas les notions d'écoute, de veille, de repérage de la même manière.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Formaliser les attentes de l'ARS dans un document cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarifier la sémantique adaptée aux interventions des dispositifs bénévoles (écoute, veille, repérage...) ▪ Préciser la place et le rôle des différents dispositifs et cerner les limites de leurs interventions ▪ Décliner les objectifs attendus par type de dispositif sur la base des connaissances actuelles et au regard des causes de suicide dans la région : <ul style="list-style-type: none"> ○ Distinguer les différents types de dispositifs et leur profil (accompagnement des personnes suicidaires ou non) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour la veille orientée vers l'accompagnement des personnes suicidaires, repérer, accompagner, orienter (cf. recommandation n°2). ▪ Pour l'écoute individuelle ou les groupes de paroles et la veille à vocation sociale, objectifs globalement à déterminer (cf. recommandation n°3). ○ Inciter les dispositifs bénévoles à valoriser davantage leur intervention auprès de l'entourage. <p>Faire connaître ce cadre d'intervention à l'ensemble des acteurs locaux, en particulier aux dispositifs bénévoles et aux professionnels de santé.</p> <p>Organiser des temps de partage entre bénévoles et professionnels autour de ce cadre d'intervention pour partager les différentes notions liées à l'intervention bénévole.</p>

Points de vigilance	La diffusion des attentes inscrites dans le cadre d'intervention nécessitera du temps et ne recueillera pas nécessairement l'adhésion de l'ensemble des acteurs. Ces attentes pouvant évoluer avec le contexte et les besoins, le cadre d'intervention devra donc être actualisé.
Leviers d'action	<p>Les échanges pourront s'appuyer sur la commission de coordination des politiques publiques en prévention et être déclinés territorialement lorsque les conseils départementaux en santé mentale seront effectifs.</p> <p>L'appel à projets « Santé mentale – Suicides » constitue un moyen de diffusion du cadre d'intervention.</p> <p>Le groupe de travail « santé mentale » de la CRSA pourrait être associé à l'élaboration du cadre d'intervention.</p> <p>L'ajustement du positionnement des dispositifs bénévoles au regard de l'analyse des causes de suicide suppose de renforcer le recueil de l'information en s'appuyant sur des études épidémiologiques et sociologiques ou sur l'analyse d'autopsies psychologiques.</p>

PROPOSITION N°2 : Préciser le rôle attendu des dispositifs de veille	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – être acteur de sa santé, une démarche centrée sur la personne.</p> <p>PNAS- Axe 1 : Développement de la prévention et de la postvention ; Mesure 1 Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide</p>
Constats	<p>Il existe aujourd'hui deux types de dispositifs de veille, dont l'un relève davantage de compétences sociales, tandis que l'autre est plus en lien avec le champ sanitaire et le parcours de santé.</p> <p>Pour le deuxième type de dispositif, qui contribue à l'accompagnement des personnes suicidaires, il apparaît nécessaire de clarifier les attentes au niveau de l'ARS, afin de garantir une activité de qualité, en minimisant les risques pour les personnes accompagnées et pour les bénévoles. En effet, certains veilleurs sont aujourd'hui isolés, insuffisamment formés et insuffisamment soutenus par les acteurs locaux.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Expliciter les objectifs attendus d'un dispositif de veille orienté vers l'accompagnement des personnes suicidaires et leur entourage :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérer ou être alerté de la situation de personnes suicidaires, ▪ Aller vers ces personnes, ▪ Les orienter vers les professionnels les plus adaptés compte tenu des besoins. <p>Repérer les spécificités des dispositifs de veille qui souhaitent s'inscrire dans le repérage et l'accompagnement des personnes suicidaires et les valoriser dans l'annuaire ARS/MSA des acteurs ressources « Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire ».</p> <p>Positionner clairement le dispositif de veille orienté vers l'accompagnement des personnes suicidaires comme ayant un rôle à jouer dans le parcours de santé des personnes concernées.</p> <p><i>Au niveau des DT :</i></p> <p>Encourager ces dispositifs à déployer leurs actions non seulement vers les personnes en souffrance, mais aussi vers leur entourage.</p>
Points de vigilance	<p>Certains dispositifs de veille ne sont aujourd'hui ni prêts à entrer dans un cadre précis, ni suffisamment structurés pour parvenir à travailler avec des partenaires locaux. Un travail de pédagogie sera donc nécessaire.</p>
Leviers d'action	<p>Des bonnes pratiques existantes sur certains territoires peuvent inspirer l'établissement du cadre de référence en matière de veille orientée vers l'accompagnement des personnes suicidaires.</p>

PROPOSITION N°3 : Préciser le rôle attendu des dispositifs d'écoute	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – être acteur de sa santé, une démarche centrée sur la personne.</p> <p>PNAS- Axe 1 : Développement de la prévention et de la postvention ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesure 1 Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide ▪ Mesure 2 : Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale <p>Axe 2 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychique</p>
Constats	<p>Concernant l'écoute individuelle, le principe de non-directivité est un principe largement partagé au sein des dispositifs bénévoles. Or, pour les professionnels de santé, une telle écoute peut ne pas être utile à une personne suicidaire. Cela met en évidence des contradictions dans l'appréhension des objectifs de l'écoute pratiquée par les bénévoles.</p> <p>Concernant les groupes de paroles, l'animation est le plus souvent réalisée par des professionnels. Il apparaît néanmoins nécessaire de définir les objectifs de cette activité portée par des dispositifs associatifs, de manière à les distinguer des groupes thérapeutiques.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Concernant l'écoute individuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expliciter les objectifs attendus d'un dispositif d'écoute : <ul style="list-style-type: none"> ○ Impulser une réflexion action sur la finalité de cette intervention : en quoi peut-elle être une aide en soi en matière d'accompagnement des personnes suicidaires ? ○ Poser clairement les missions actuelles des bénévoles écoutants : lutte contre l'isolement social, expression de la souffrance psychique, prévention du suicide..., ○ Impulser une réflexion sur l'évolution possible de ces missions. ▪ Repérer les spécificités des dispositifs d'écoute qui souhaitent s'inscrire dans le repérage et l'accompagnement des personnes suicidaires et les valoriser dans l'annuaire ARS/MSA des acteurs ressources « Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire ». <p>Concernant l'animation de groupes de paroles, déterminer dans quelles conditions elle peut être réalisée par des structures associatives.</p> <p><i>Au niveau des DT :</i></p> <p>Encourager ces dispositifs à déployer leurs actions non seulement vers les personnes en souffrance, mais aussi vers leur entourage.</p>

Points de vigilance	<p>Les dispositifs d'écoute se sont construits de longue date sur les principes d'anonymat et de non directivité. Il semble donc complexe de les faire évoluer, d'autant que les orientations sont parfois nationales.</p> <p>L'animation de groupes de paroles au sein de structures associatives est sensible, car elle se rapproche d'une intervention thérapeutique.</p>
Leviers d'action	<p>S'appuyer sur la conférence de consensus d'octobre 2000, qui met en évidence le positionnement des dispositifs canadiens : ces derniers n'hésitent pas à faire sortir l'appelant de l'anonymat, à prévenir son entourage et à mettre en place des soins. Ils considèrent que cela répond au principe de non assistance à personnes en danger.</p> <p>S'appuyer sur les travaux de l'INPES mettant en évidence les actions efficaces en matière d'intervention à distance (cf. La Santé de l'Homme n°422, novembre-décembre 2012).</p>

PROPOSITION N°4 : Améliorer la visibilité des dispositifs bénévoles	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La maîtrise des risques concernant la santé des populations – La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l’action sanitaire et sociale.</p> <p>PNAS</p>
Constats	<p>Hormis deux dispositifs de veille fortement ancrés sur leur territoire, les autres dispositifs bénévoles manquent cruellement de visibilité. Au mieux sont-ils connus de nom par les professionnels.</p> <p>Ces dispositifs, par définition gérés par des bénévoles, ne disposent que de moyens limités pour se faire connaître. Ils ont, par conséquent, besoin d’une aide en la matière.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional et des DT :</i></p> <p>Organiser des manifestations, notamment des colloques, permettant aux dispositifs bénévoles de présenter leur action.</p> <p>Soutenir financièrement les actions de communication des dispositifs bénévoles.</p> <p>Identifier les sources de cofinancement des actions de communication et les faire connaître aux bénévoles.</p> <p>Aider les dispositifs bénévoles à diffuser leur support de communication.</p>
Points de vigilance	<p>La mise en œuvre de cette recommandation ne pourra être effective qu’une fois les attentes de l’ARS précisément formalisées dans un document-cadre d’intervention et les interventions des bénévoles conformes à ces attentes.</p>
Leviers d’action	<p>L’INPES peut intervenir, de manière complémentaire, pour l’outillage et la valorisation des actions des bénévoles.</p> <p>D’autres outils ou manifestations peuvent contribuer à une meilleure visibilité des dispositifs bénévoles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observatoire national de lutte contre le suicide, ▪ Journées nationales de prévention du suicide (JNPS), ▪ Annuaire ARS/MSA des acteurs ressources « Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire ».

6.2. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER L'INTERVENTION DES BENEVOLES

PROPOSITION N°5 : Clarifier les priorités de financement de l'ARS concernant les activités de veille	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – être acteur de sa santé, une démarche centrée sur la personne.</p> <p>PNAS : Axe 1 – Le développement de la prévention et de la postvention ; Mesure 1 : Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide.</p>
Constats	<p>Cette préconisation fait suite à la proposition n°2 : une fois les objectifs déterminés pour les dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires, il apparaît nécessaire de s'assurer que l'accompagnement sera de qualité et que les conditions seront réunies pour limiter les risques pour les personnes en souffrance et pour les bénévoles.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Définir des critères d'éligibilité conditionnant l'obtention d'une subvention, parmi lesquels pourraient notamment figurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'établissement d'un cadre clair d'intervention pour les bénévoles précisant leurs missions et les limites de leur rôle ▪ L'existence d'une charte déontologique signée par tout bénévole nouvellement recruté ▪ La nécessité pour les veilleurs de participer à une formation initiale et d'améliorer régulièrement leur pratique par une formation continue. ▪ La nécessité pour les veilleurs de participer à des séances de supervision ▪ L'inscription dans un collectif local d'acteurs diversifiés (élus, professionnels, bénévoles,...). ▪ L'existence d'un partenariat avec les professionnels de la psychiatrie (hospitaliers et libéraux). <p>Rendre compte de l'action au regard des critères définis en harmonisant les rapports d'activité des dispositifs bénévoles</p> <p><i>Au niveau des DT</i></p> <p>Accompagner la compréhension de ce cadre par les dispositifs bénévoles.</p>
Points de vigilance	<p>Les critères d'éligibilité doivent être cohérents avec les objectifs attendus des dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires.</p> <p>La formation initiale et continue doit concerner, en particulier, le repérage des risques suicidaires et la place du bénévole dans la relation d'aide.</p> <p>Le collectif d'acteurs doit bénéficier des moyens et compétences nécessaires pour rappeler régulièrement les principes éthiques et règles d'intervention des uns et des autres, définir les protocoles de travail partenarial et faciliter l'échange de pratiques.</p>
Leviers d'action	<p>Des expériences réussies en Pays de la Loire peuvent aider à préciser ces exigences organisationnelles. Néanmoins, une attention particulière devra être portée aux conditions de transfert/transférabilité.</p> <p>L'appel à projets « Santé mentale – Suicides » constitue un moyen de diffusion du cadre d'intervention.</p>

PROPOSITION N°6 : Clarifier les priorités de financement de l'ARS concernant les activités d'écoute	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – être acteur de sa santé, une démarche centrée sur la personne.</p> <p>PNAS : Axe 1 – Le développement de la prévention et de la postvention ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesure 2 : Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale <p>Axe 2 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychique</p>
Constats	<p>Cette préconisation fait suite à la proposition n°3 : une fois, les objectifs déterminés pour l'écoute individuelle et les groupes de paroles, il apparaît nécessaire de s'assurer que l'action proposée sera de qualité et que les conditions seront réunies pour limiter les risques pour les personnes en souffrance et pour les bénévoles.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Définir des critères d'éligibilité conditionnant l'obtention d'une subvention parmi lesquels pourraient figurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence d'un cadre d'intervention précis pour les bénévoles ▪ L'existence d'une charte déontologique signée par tout bénévole nouvellement recruté ▪ La nécessité de participer à une formation initiale conforme aux conditions minimales définies par l'ARS et d'améliorer régulièrement sa pratique par une formation continue. ▪ La nécessité de participer à des séances de supervision <p>Exiger la présence d'un professionnel qualifié (niveau requis à définir) pour soutenir financièrement la mise en œuvre de groupes de paroles</p> <p>Rendre compte de l'action au regard des critères définis en harmonisant les rapports d'activité</p> <p>Faire évoluer les formations concernant, en particulier, l'écoute et la place du bénévole dans la relation d'aide</p> <p><i>Au niveau des DT :</i></p> <p>Accompagner la compréhension de ce cadre par les dispositifs bénévoles.</p>
Points de vigilance	<p>Les critères d'éligibilité doivent être cohérents avec les objectifs attendus des dispositifs d'écoute visant l'accompagnement des personnes suicidaires.</p>
Leviers d'action	<p>L'INPES a identifié les interventions efficaces en matière d'aide à distance dans le n°422 de la Santé de l'Homme.</p> <p>L'appel à projets « Santé mentale – Suicides » constitue un moyen de diffusion du cadre d'intervention.</p>

PROPOSITION N°7 : Poursuivre et renforcer le programme de formation	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Une démarche centrée sur la personne.</p> <p>PNAS : Axe 4 Formation des professionnels – Renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la crise suicidaire</p>
Constats	<p>Actuellement, la formation des bénévoles est très disparate d'une structure à l'autre. Si les dispositifs nationaux d'aide à distance ont les moyens d'assurer une formation initiale solide aux bénévoles qu'ils recrutent, les dispositifs plus petits ne sont pas en mesure de le faire systématiquement.</p> <p>Aussi, les bénévoles écoutants ne sont-ils pas systématiquement formés à l'écoute et les veilleurs s'occupant de personnes suicidaires ne sont-ils pas tous formés au repérage de la crise suicidaire.</p> <p>Quant à la formation continue, elle peut être également très limitée.</p> <p>Par ailleurs, au regard des attentes que précisera l'ARS, un besoin de compétences nouvelles peut émerger.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Adapter le programme de formation, en fonction des types d'activité et des besoins des bénévoles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre le programme de formation dans le domaine du repérage des risques suicidaires, à l'intention des veilleurs, tout en menant une réflexion sur l'adaptation des conditions de dispensation de ces formations, ▪ Identifier et financer un module destiné à aider les veilleurs à « aller vers » les personnes suicidaires, ▪ Soutenir la formation des écoutants, ▪ Soutenir la formation de tous les types d'intervenants à la relation d'aide. <p>Homogénéiser les formations à l'écoute en précisant dans le cadre d'intervention les conditions minimales requises.</p> <p>Si besoin, repérer les organismes de formation familiers avec les spécificités de l'intervention bénévole et soutenir des actions d'ingénierie pour qu'ils construisent des modules adaptés aux besoins.</p> <p>Identifier les cofinanceurs des formations destinées aux bénévoles, notamment pour la formation continue, et faire connaître ces sources de financement aux bénévoles.</p> <p><i>Au niveau des DT :</i></p> <p>Recueillir les besoins en formation auprès des dispositifs bénévoles proposant une action conforme aux attentes de l'ARS</p>
Points de vigilance	<p>Actuellement, la formation au repérage de la crise suicidaire n'a pas encore été un levier suffisant pour l'action partenariale. Néanmoins, les effets de l'organisation territoriale infra-départementale des sessions peuvent ne pas s'être fait sentir.</p> <p>Bien que certains acteurs s'interrogent sur la pertinence de mêler professionnels et bénévoles au sein de mêmes sessions, cette organisation semble importante pour faciliter la connaissance réciproque des uns et des autres.</p>
Leviers d'action	<p>Espace Ecoute Formation et l'Escale ont proposé cette année une formation « aller vers » à leurs bénévoles.</p> <p>Appel à candidatures pour les formations en adéquation avec le cadre défini par l'ARS.</p>

6.3. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER LA COMPLEMENTARITE DES DISPOSITIFS BENEVOLES ENTRE EUX ET AVEC LES PROFESSIONNELS

PROPOSITION N°8 : Favoriser les synergies entre associations pour plus d'efficience	
Références : PRS et PNAS	PRS : La proximité organisée – Une coordination des acteurs pour un parcours efficient. PNAS
Constats	Les dispositifs bénévoles ont développé peu d'actions de coopération entre eux, si ce n'est pour organiser ponctuellement des conférences débat. Ils n'ont pas pris l'habitude de réfléchir ensemble sur l'analyse des besoins et les conditions de mise en œuvre d'une intervention complémentaire.
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Encourager la mutualisation de certaines activités pour les dispositifs appartenant à une même association</p> <p>Faire se rencontrer et échanger les dispositifs ayant les mêmes activités autour d'actions visant à accroître leurs complémentarités</p> <p>Identifier les conditions d'émergence de structures régionales ou départementales en capacité de favoriser les coordinations entre dispositifs</p> <p><i>Au niveau des DT</i></p> <p>Dans un premier temps, encourager les synergies sur les questions de formation et d'échanges de pratiques par type d'activité.</p> <p>Encourager les associations à se rapprocher et à se coordonner pour désigner leurs représentants au sein des instances départementales.</p>
Points de vigilance	Chaque structure a sa propre culture, liée à son histoire et aux personnalités qui la composent. La mutualisation des pratiques ne pourra se faire que sur le long terme, sur la base d'attentes clairement édictées de la part de l'ARS.
Leviers d'action	<p>L'INPES finance les pôles de compétences régionaux qui ont pour missions l'accompagnement méthodologique, la formation et la documentation des bénévoles.</p> <p>Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) peuvent être des lieux d'échanges et de partage entre dispositifs.</p> <p>Il peut être intéressant de comparer l'expérience d'autres réseaux s'appuyant essentiellement sur les bénévoles.</p>

PROPOSITION N°9 : Intégrer les dispositifs bénévoles dans des partenariats locaux	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La proximité organisée – Une coordination des acteurs pour un parcours efficient.</p> <p>PNAS</p>
Constats	<p>L'évaluation a mis en évidence l'ancrage territorial des dispositifs bénévoles de veille des personnes suicidaires comme un facteur de réussite et d'efficacité de leur intervention.</p> <p>Or, actuellement, tous les dispositifs de veille ne bénéficient pas du même soutien local.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau des DT</i></p> <p>En fonction des contextes, s'appuyer sur les Contrats Locaux de Santé (CLS), les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) ou tout autre dispositif ayant vocation à déployer une politique locale de santé.</p> <p>Soutenir, le cas échéant, la désignation de représentants des dispositifs bénévoles au sein de ces instances.</p> <p>Au sein de ces instances locales, animer la réflexion sur les parcours des personnes en souffrance psychique et encourager la mise en débat de la place des dispositifs bénévoles en matière de promotion de la santé mentale et d'accompagnement des personnes suicidaires.</p> <p>Encourager la définition des conditions locales de complémentarité entre dispositifs bénévoles et professionnels.</p> <p>Organiser et animer des rencontres entre les secteurs de psychiatrie ou CMP et les dispositifs bénévoles pour qu'ils apprennent à se connaître et se reconnaître.</p> <p>Encourager la conclusion d'une convention de partenariat entre dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires et les secteurs de psychiatrie qui précise les rôles et limites d'intervention de chacune des parties prenantes, ainsi que la procédure à suivre en cas de personne dépistée par un veilleur.</p>
Points de vigilance	<p>La représentation des dispositifs bénévoles au sein des instances suppose préalablement que ces dispositifs s'entendent pour désigner leur(s) représentant(s).</p> <p>En cas d'inexistence de CLS ou de CLSM, sur un territoire, l'attention devra être portée sur d'autres initiatives locales (ex : Ateliers Santé Ville, projets municipaux,...).</p> <p>La conclusion d'un partenariat avec les secteurs de psychiatrie nécessite au préalable que les CMP concernés aient effectivement pour mission de s'ouvrir sur l'extérieur et d'aller vers la population et les dispositifs existants</p>
Leviers d'action	<p>Les dispositifs bénévoles peuvent également être encouragés à se réunir pour réfléchir ensemble aux moyens d'accroître leur complémentarité.</p> <p>Les DT ont un rôle d'animation, notamment au travers des conférences de territoire et des conseils départementaux de santé mentale.</p>

PROPOSITION N°10 : Favoriser l'émergence de dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La maîtrise des risques concernant la santé des populations – La mobilisation pour réduire les inégalités de santé.</p> <p>PNAS</p>
Constats	<p>Les dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires sont parmi tous les dispositifs bénévoles étudiés ceux qui s'inscrivent le mieux dans le parcours de la personne en souffrance psychique. A conditions que certaines règles organisationnelles et éthiques soient respectées (cf. ci-dessus), ils sont en capacité d'intervenir en complémentarité avec les professionnels.</p> <p>Cependant, ils sont aujourd'hui peu nombreux.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Identifier les territoires dépourvus de tels dispositifs prioritaires au regard des données épidémiologiques.</p> <p><i>Au niveau des DT :</i></p> <p>Cibler les territoires identifiés comme prioritaires pour le déploiement de tels dispositifs.</p> <p>Rechercher les partenariats indispensables, en s'appuyant notamment sur les élus locaux.</p> <p>Attirer l'attention des acteurs locaux sur la nécessité de prévoir, dès l'origine, les modalités d'articulation entre les veilleurs et les professionnels de santé, en particulier le CMP local.</p> <p>Accompagner le démarrage des projets locaux.</p>
Points de vigilance	<p>La réussite de cette recommandation suppose que préalablement la place des veilleurs ait été reconnue. Or, actuellement, l'intérêt des veilleurs dans la lutte contre le suicide n'est pas unanimement partagé par les professionnels.</p> <p>En outre, il n'existe pas toujours de structures sur lesquelles pourraient s'appuyer une telle initiative.</p>
Leviers d'action	<p>La région compte une expérience réussie de veilleurs, associant élus, professionnels et bénévoles, sur laquelle l'émergence de nouveaux dispositifs de veille pourrait s'appuyer.</p> <p>Les projets locaux peuvent également s'appuyer sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrats locaux de santé, ▪ Conférences de territoire, ▪ Action de plaidoyer de l'ARS.

7. ANNEXES

7.1. GLOSSAIRE

- ADMR : Association d'Aide à Domicile en Milieu Rural
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
- CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
- CLSM : Conseil Local en Santé Mentale
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- COPS 53 : Collectif pour la Prévention du Suicide et du mal-être en Mayenne
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
- DT ARS : Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
- GERME : Groupe d'Ecoute, de Rencontre et de Mise en relation au pays de l'Ernée
- GPS : Groupe de Prévention du Suicide
- IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
- JNPS : Journée Nationale de Prévention du Suicide
- MDA : Maisons Des Adolescents
- MSA : Mutualité Sociale Agricole
- ORS : Observatoire Régional de la Santé
- PRS : Projet Régional de Santé
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux
- UNPS : Union Nationale pour la Prévention du Suicide
- UPS : Unité de Prévention du Suicide

7.2. REFERENTIEL DE L’EVALUATION

AXES D’ANALYSE	CRITERES D’EVALUATION	QUESTIONS EVALUATIVES	INDICATEURS D’EVALUATION	SOURCE ET METHODES A MOBILISER
<p>Axe 1 : Le fonctionnement des associations</p>	<p><i>L’effectivité du service</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les facteurs clés de succès et d’échec dans la création, le fonctionnement et l’action des dispositifs bénévoles ? ▪ Quels sont les points communs et les points de divergence entre les dispositifs bénévoles ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le projet de la structure et du dispositif bénévole <ul style="list-style-type: none"> ○ Projet de la structure et place de la prévention du suicide dans ce projet ○ Historique et motifs de création des dispositifs bénévoles ○ Objectifs du dispositif bénévole ▪ Les ressources dont bénéficient les dispositifs bénévoles : <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectifs et composition des équipes bénévoles, ancienneté des équipes, ○ Ressources financières et matérielles, ○ Mise à disposition à titre gracieux de locaux, de matériel,... ▪ Le fonctionnement et l’organisation des dispositifs bénévoles : <ul style="list-style-type: none"> ○ Activité principale et activités secondaires, ○ Publics concernés : professionnels, grand public, personnes en souffrance psychique et/ou entourage, tous publics sans distinction, public jeune, personnes âgées, personnes isolées, minorités sexuelles,... ○ Lieux d’implantation dans la région, ○ Modalités de communication à l’attention de la population et des partenaires, ○ Modalités de recrutement des équipes, ○ Modalités de formation des équipes (notamment à l’écoute et au repérage), ○ Qualification de l’encadrement, ○ Modalités d’accueil des personnes en souffrance psychique (permanence téléphonique, permanence sur site, jours et horaires d’accueil,...), ○ Prestations, services proposés aux personnes concernées : actions collectives/individuelles, sensibilisation, veille, écoute, accompagnement, orientation, mise en réseau, formation, conférences,..., ○ Partenariat. ○ Difficultés rencontrées. 	<p><i>Entretiens de cadrage</i></p> <p>Analyse documentaire</p> <p>Entretiens téléphoniques avec chaque structure</p> <p>Bases de données</p> <p><i>Etudes de cas</i></p>

AXES D'ANALYSE	CRITERES D'EVALUATION	QUESTIONS EVALUATIVES	INDICATEURS D'EVALUATION	SOURCE ET METHODES A MOBILISER
<p>Axe 1 : Le fonctionnement des associations</p>	<p><i>La qualité du service rendu</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les facteurs clés de succès et d'échec dans la création, le fonctionnement et l'action des dispositifs bénévoles ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les ressources des dispositifs sont adaptées aux services proposés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les ressources humaines, financières et matérielles des dispositifs bénévoles sont suffisantes en volume et en qualité pour assurer les services proposés. ○ Les critères de recrutement des bénévoles (qualités, capacités/ compétences, qualifications) permettent la sélection de personnes en capacité d'assurer le service attendu. ○ Les bénévoles bénéficient d'une formation initiale dispensée par un professionnel compétent. ○ Les bénévoles ont une vision claire de leur rôle et de l'articulation de leur mission avec celle des professionnels de santé. ○ Les bénévoles ont adopté une éthique pour leur démarche d'accueil, d'écoute et de repérage. ▪ Les dispositifs ont adopté des démarches d'harmonisation et d'amélioration des pratiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les dispositifs bénévoles ont adopté des règles de fonctionnement. ○ Les dispositifs bénévoles ont formalisé leurs règles de fonctionnement. ○ Les bénévoles bénéficient de formations continues dispensées par un professionnel compétent. ○ Les bénévoles ont suivi la formation au repérage de la crise suicidaire. ○ La mise en application des principes et méthodes acquis dans les formations est effective. ○ Les bénévoles bénéficient d'une supervision assurée par un professionnel compétent. ○ La structure est attentive aux risques psycho-sociaux encourus par les bénévoles. ○ Les bénévoles sont « outillés » pour offrir un service de qualité (formation, outils, vision claire de leur rôle, supervision,...). 	<p><i>Entretiens de cadrage</i></p> <p><i>Analyse documentaire</i></p> <p><i>Entretiens téléphoniques avec chaque structure</i></p> <p>Etudes de cas</p>

AXES D'ANALYSE	CRITERES D'EVALUATION	QUESTIONS EVALUATIVES	INDICATEURS D'EVALUATION	SOURCE ET METHODES A MOBILISER
Axe 2 : La complémentarité des dispositifs bénévoles	<i>La cohérence interne</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans quelle mesure les dispositifs bénévoles sont-ils articulés entre eux ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les activités des dispositifs sont cohérentes et complémentaires entre elles. <ul style="list-style-type: none"> ○ Les dispositifs bénévoles se sont organisés pour couvrir un territoire le plus large possible. ○ Les dispositifs bénévoles se sont organisés pour offrir sur le territoire un panel diversifié de services. ○ Les dispositifs bénévoles se sont organisés pour offrir une large amplitude horaire d'ouverture. ▪ Les dispositifs bénévoles ont des pratiques d'échanges entre eux. <ul style="list-style-type: none"> ○ Les dispositifs bénévoles organisent des rencontres territoriales pour échanger sur leurs expériences, leurs activités. ○ Les dispositifs bénévoles ont des pratiques mutualisées de formation, de supervision. ○ Les dispositifs bénévoles sont inscrits dans un réseau ou un collectif de dispositifs de prévention du suicide. 	Entretiens téléphoniques avec chaque structure Etudes de cas
	<i>La cohérence externe</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans quelle mesure les dispositifs bénévoles sont-ils articulés avec les professionnels de santé (médecine générale et médecine spécialisée) et du social? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les dispositifs bénévoles sont cohérents avec le PRS. <ul style="list-style-type: none"> ○ Les structures connaissent le PRS et ses orientations en matière de prévention du suicide. ○ Les objectifs des dispositifs bénévoles sont en adéquation avec les objectifs du PRS. ▪ Les dispositifs bénévoles sont repérés par les acteurs locaux. <ul style="list-style-type: none"> ○ Les dispositifs bénévoles sont connus des partenaires locaux. ○ Les relations de travail sont formalisées dans des conventions ou chartes de partenariat. ○ Les dispositifs bénévoles sont favorablement perçus par les partenaires locaux. ○ Les dispositifs bénévoles ont un rôle moteur dans la dynamique territoriale (ils sont à l'initiative de projets). ▪ Les dispositifs bénévoles travaillent en partenariat avec les professionnels et les acteurs associatifs locaux. 	Entretiens téléphoniques avec chaque structure Etudes de cas

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Les dispositifs bénévoles ont pris en compte l'organisation locale pour proposer des services et des prestations complémentaires. ○ Les dispositifs bénévoles travaillent avec les acteurs de l'offre de soins en psychiatrie. ○ Les dispositifs bénévoles travaillent avec les professionnels de santé généralistes. ○ Les dispositifs bénévoles travaillent avec les professionnels du secteur social. 	
--	--	--	---	--

7.3. CARTES RELATIVES A LA MORTALITE PAR SUICIDE REALISEES PAR LE DEPARTEMENT OBSERVATION ET ANALYSES DE L'ARS ET PAR L'ORS

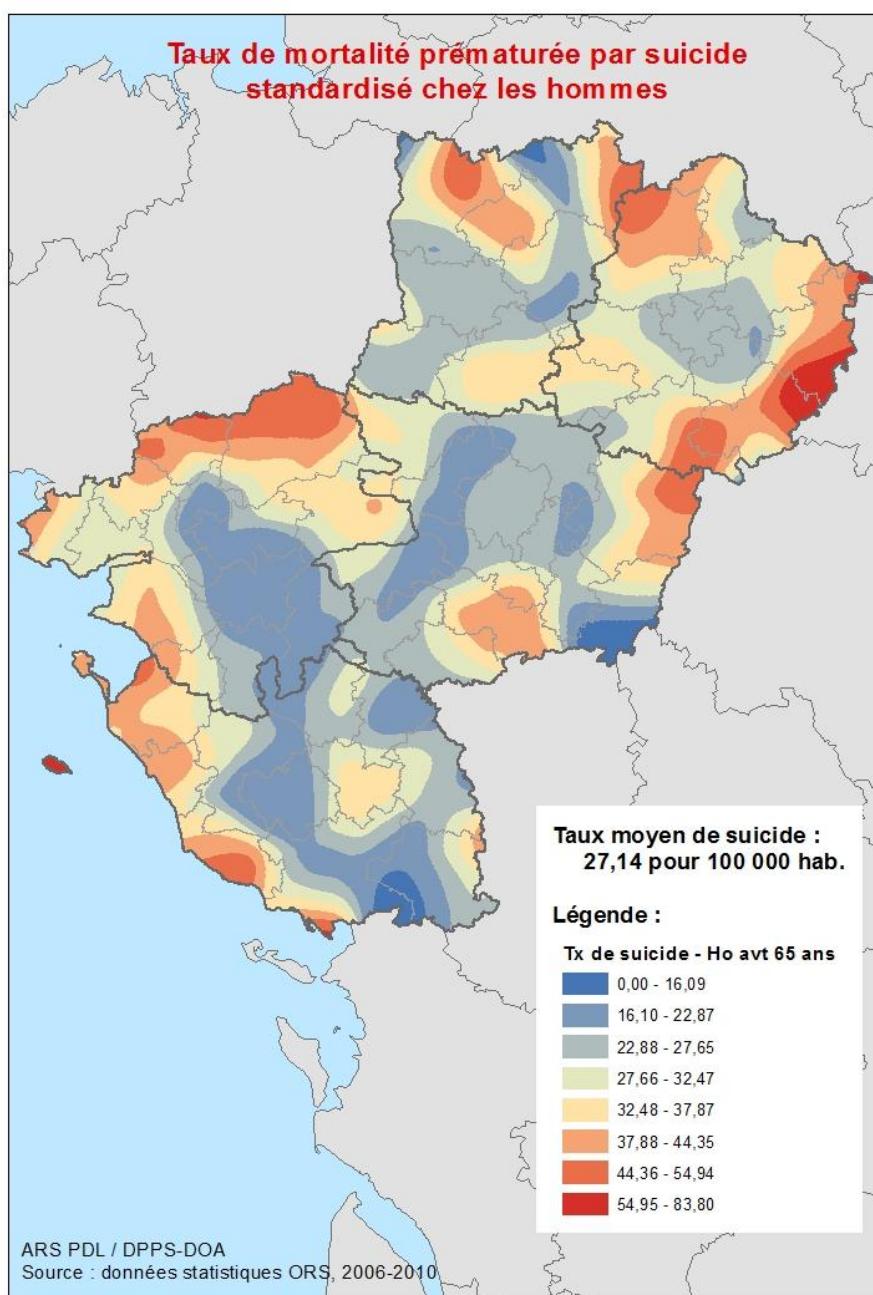
Mortalité par suicide

Définitions :

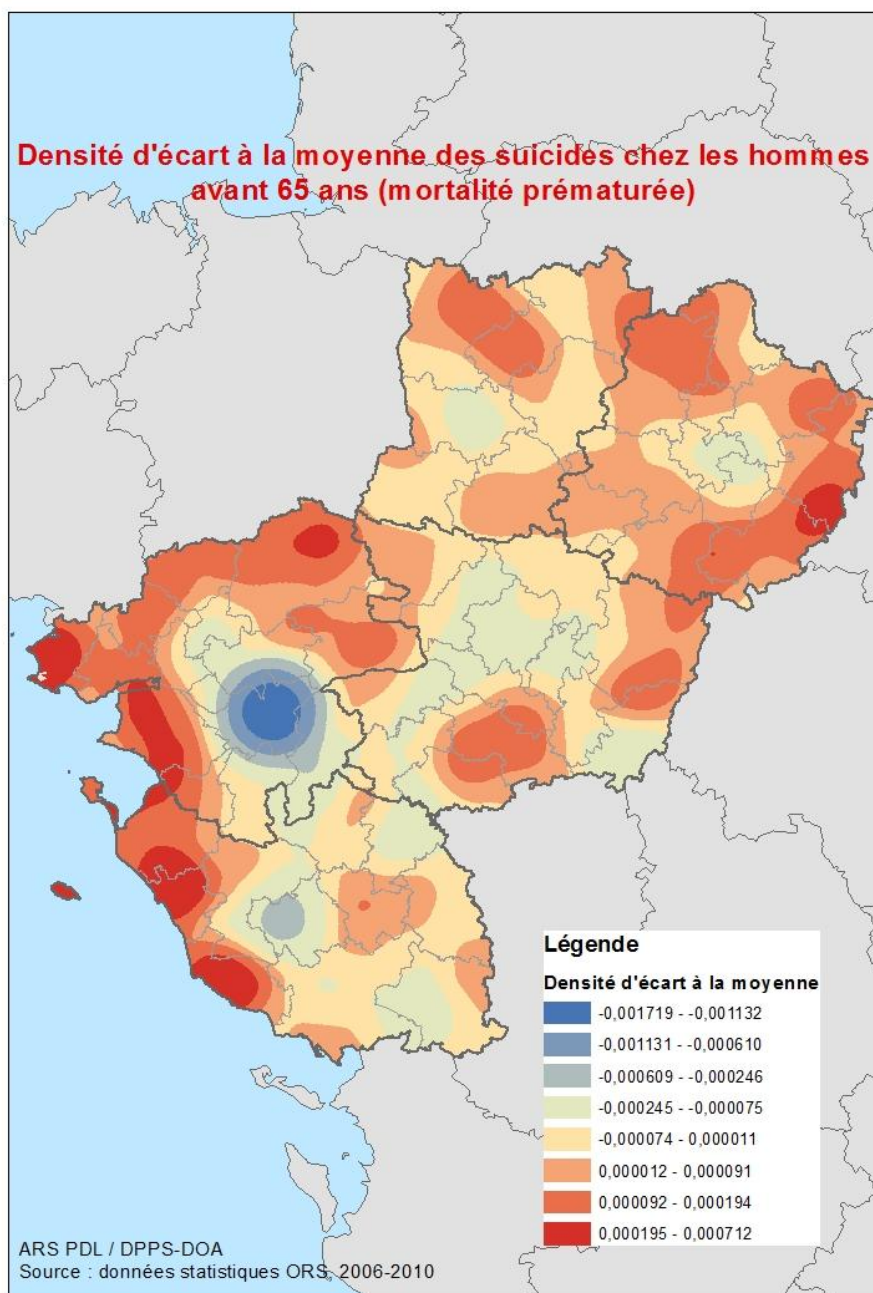
Taux de mortalité prématurée par suicide = nombre de suicides avant 65 ans / population avant 65 ans.

Le taux est **standardisé**, ce qui permet de comparer la situation de deux territoires en éliminant les effets liés aux différences de structures d'âge.

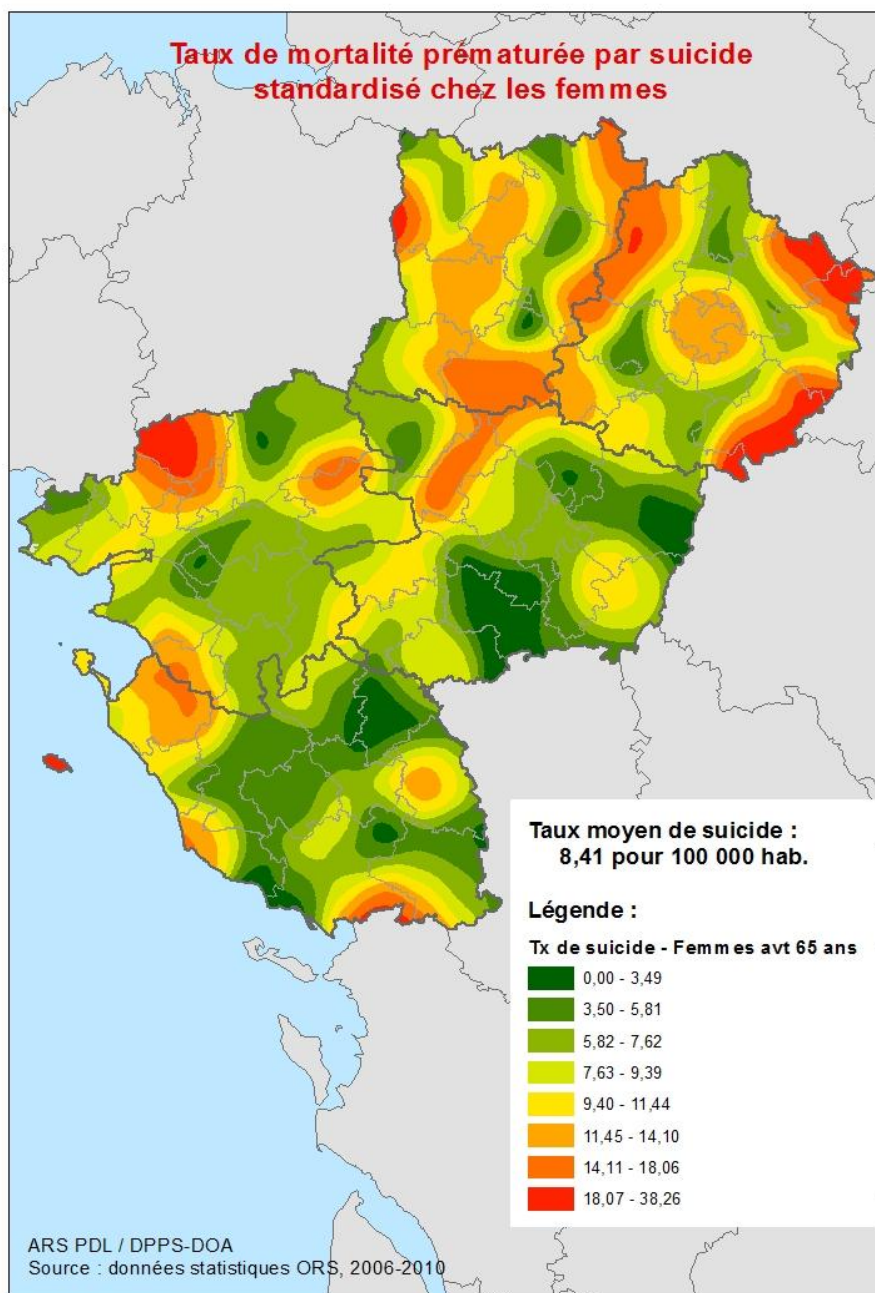
L'intensité du taux ne dit rien du nombre de personnes sur lequel il porte. Ainsi, une commune peu peuplée, de vaste superficie, avec un taux représenté élevé va transmettre une information forte et un peu abusive. La **densité d'écart à la moyenne des suicides** chez les hommes ou chez les femmes avant 65 ans permet de corriger ces effets de bord. Elle prend des valeurs positives ou négatives, selon que le nombre de suicides observé dans une commune est supérieur ou inférieur à la valeur de référence (pour chaque tranche d'âge, on applique le taux de suicide moyen à la population de chaque commune et on somme).



Les taux de suicide les plus élevés de la région chez les hommes de moins de 65 ans sont observés le long du littoral, ainsi que dans le nord de la Loire-Atlantique, au nord Mayenne-Sarthe et à l'est de la Sarthe.

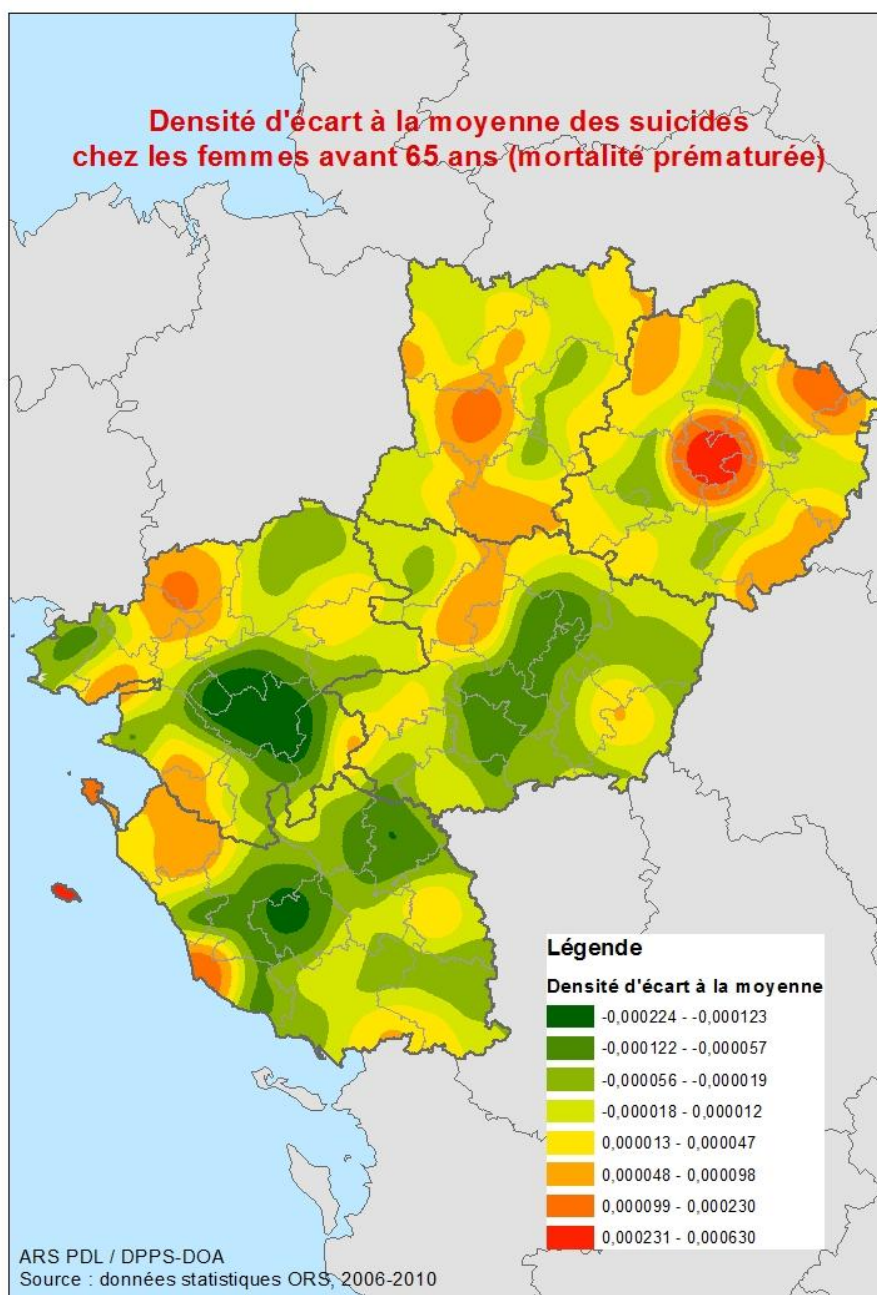


La densité d'écart à la moyenne permet de dégager les communes où les hommes se suicident le plus : le long du littoral, le nord de la Loire-Atlantique et l'est de la Sarthe. A l'inverse, Nantes est la ville où l'on se suicide le moins du au fait que les cadres y sont surreprésentés.



Attention : les femmes de moins de 65 ans se suicident en moyenne 3 fois moins que les hommes de moins de 65 ans.

Les taux de suicide les plus élevés de la région chez les femmes de moins de 65 ans sont observés dans le nord de la Loire-Atlantique, à la limite Mayenne-Sarthe et à l'est de la Sarthe.



La densité d'écart à la moyenne permet de dégager les communes où les femmes se suicident le plus : elle est la plus élevée dans la ville du Mans, ce qu'on ne retrouve pas chez les hommes. De la même façon, Nantes est la ville où les femmes se suicident le moins.

7.4. FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE LES PLUS SIGNIFICATIFS LISTES PAR LA CONFERENCE DE CONSENSUS « LA CRISE SUICIDAIRE : RECONNAITRE ET PRENDRE EN CHARGE »

Regroupés selon trois catégories, les facteurs de risque suicidaire sont les suivants :

- Des facteurs individuels,
 - Antécédents suicidaires de l'individu
 - Présence de problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.)
 - Pauvre estime de soi
 - Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité)
 - Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.)
- Des facteurs familiaux,
 - Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu
 - Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu
 - Pertes et abandons précoces
 - Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents
 - Présence de conflits conjugaux majeurs
 - Comportements suicidaires de la part de l'un ou des deux parents
 - Problèmes de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents
- Des facteurs psychosociaux.
 - Présence de difficultés économiques persistantes
 - Isolement social et affectif de l'individu
 - Séparation et perte récente de liens importants, deuil
 - Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire
 - Difficultés scolaires ou professionnelles
 - Effet de contagion (à la suite du suicide d'un proche, endeuillé à la suite d'un suicide)
 - Difficulté avec la loi
 - Présence de problèmes d'intégration sociale

7.5. LISTE DES PERSONNES SOLLICITEES

Les membres du comité de pilotage

- Dr Véronique BLANCHIER, Département Promotion de la Santé et Prévention, ARS des Pays de la Loire,
- Dr Jean-Paul BOULE, Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs, ARS des Pays de la Loire,
- Hélène GUIMARD, Département Promotion de la Santé et Prévention, ARS des Pays de la Loire,
- Claude PICHON, Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs, ARS des Pays de la Loire

Les participants au comité de pilotage élargi

- M. Daniel RIVIERE, Responsable du Département Promotion de la Santé et Prévention, ARS des Pays de la Loire,
- Dr Sylvie CAULIER, Délégation territoriale de l'ARS en Vendée,
- Mme Monika KUMAR, Délégation territoriale de l'ARS en Mayenne,
- Dr Hélène de SEVERAC, Responsable du groupe transversal « Santé mentale – psychiatrie », ARS des Pays de la Loire,

Les acteurs institutionnels

- Dr Hélène ANTOINE, Médecin Solidarité Insertion, Conseil Général de Loire-Atlantique
- Mme Samira LEGSIR, Sous-directrice en charge de la Direction de la Santé, AROMSA,
- Mme Stéphanie PIN – LE CORRE, Responsable du Pôle « Population et cycle de vie », INPES
- Dr Kahina YEBBAL, Médecin psychiatre, Chef de service du Pôle intersectoriel Fédération de Santé Publique, CHS Georges Daumezon à Bouguenais,

Les représentants des dispositifs bénévoles

- M. Gérard BACHELIER, Président du Groupe de Prévention du Suicide de la Communauté de Communes de Vallet,
- Mme Mélanie BOURGET, Chargée de mission et coordinatrice (salariée), Familles Rurales de Loire-Atlantique,
- M. Yves CHAUVEAU, membre du Groupe de Prévention du Suicide du Pays de Coëvrons (COPS 53),
- Mme Léa COTONNEC, Chargée de mission, Espace Ecoute Formation,
- Mme Marie-Anne DELHOMMEAU, Chargée de communication (bénévole) de l'association SOS Amitié Région de Nantes,
- Mme Clarisse DIOP, Responsable du CIAS de l'Ernée (salariée), membre du Groupe d'écoute, de rencontre et de mise en relation au Pays de l'Ernée –GERME (COPS 53),
- Mme Marguerite DUTERTRE, Présidente de l'association l'Eclaircie (COPS 53),
- Mme FERRA, administratrice (salariée) et Mme BISON, animatrice (salariée), SOS Inceste pour Revivre,

- Mme Marie-Claude FINOT, Présidente du COPS 53,
- M. Jean-Claude FOUBERT, Président de l'association Source (COPS 53),
- Mme Anny-Rose GERARD, Présidente de l'association SOS Amitié Région du Mans,
- Mme Linda GUILLOUX, Chargée d'animation du réseau des Voisineurs (salariée), Familles Rurales de la Sarthe,
- Mme Aricia HERMANN, Directrice adjointe (salariée), Familles Rurales de Vendée,
- Mme Géraldine LEBASQUE, Présidente de l'association Main Tendue (COPS 53),
- Mme Thérèse LEBEAUPIN, Présidente de l'association SOS Dépression 44,
- M. LEREVERAND, Coordonnateur (salarié) et Mme BOUKHALFA, Accueillante – animatrice (salariée) de l'Escale (CCAS d'Allonnes),
- Mme Béatrice PIGUELLIER, Présidente de l'association Sève et Racines (COPS 53)
- M. Hervé ROTH, Chargé de communication de SOS Amitié Région d'Angers et administrateur fédéral de SOS Amitié France
- M. Patrice ROUILLARD, Délégué régional de l'UNAFAM Pays de la Loire et Mme Françoise ROUILLARD, Déléguée départementale de l'UNAFAM de la Sarthe
- Mme Sophie RUELLAND, Animatrice (salariée), Solidarité Paysans 53.

Les acteurs rencontrés sur les 8 sites d'investigations approfondies

- A NANTES :
 - M. BERLINET, Chargé de projet, DT ARS Loire-Atlantique,
 - 2 bénévoles de SOS Inceste pour Revivre,
 - 1 bénévole de SOS Dépression 44,
 - Pr BOCHER, Unité Espace, CHU de Nantes,
 - Mme GARNIER, Association Bi-pôles,
 - M. GUIHARD, Psychologue en charge de la supervision à SOS Inceste pour Revivre,
 - Mme LAMBERT, Mission santé publique, chargée de projet santé mentale Ville de Nantes,
 - M. MAILLET, psychiatre à l'Unité Espace, bénévole à l'association Repères 44, médecin coordonnateur à la Maison des adolescents de Nantes,
 - M. PACROT, Association Recherche et Rencontres,
 - Mme THEBAULT, Psychologue en charge de la supervision à SOS Dépression 44,
 - Dr WAVELET et Dr CHAMARD-BOIS, Cellule de prévention, MSA Vendée – Loire – Atlantique.
- SUR LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DE VALLET :
 - 2 bénévoles du GPS de la Communauté de Communes de Vallet : M. PACROT, élu à la mairie de Mouzillon – adjoint aux affaires sociales et M. MELUC, élu à la mairie de Vallet – adjoint à la jeunesse,
 - Mme BRIOT, Psychologue en charge de la supervision au GPS,
 - Mme DESVEAUX, responsable pôle PA-PH à la Direction Générale solidarité du Vignoble Nantais,

- Mme PRIGENT, coordonnatrice au CLIC Atout'Age Vallet,
- M. VERDIER, directeur de l'Association Aide à Domicile pour Tous (ADT) et la responsable du pôle Nantes Sud Loire.
- A CHATEAUBRIANT
 - Participation au colloque « Suicide : prévention sur les territoires et travail en réseau », organisé le 8 octobre 2013 par le CHS de Blain en partenariat avec l'ARS et la Ville de Châteaubriant, en présence du Pr Jean-Louis TERRA
- A ANGERS :
 - Dr HISTACE, Médecin inspecteur en chef et Mme DAUDET, Chargée de projet, DT ARS Maine-et-Loire,
 - 2 bénévoles de SOS Amitié Région d'Angers,
 - Mme CHEVALIER, Association « Au cœur des flots »,
 - Mme COPIN, Psychologue clinicienne salariée chargée de la Coordination, Association d'Aide aux Victimes d'Abus Sexuels (AAVAS),
 - Pr GARRE et Dr GOHIER, Département psychiatrie – psychiatrie adulte, M. FRAPPART, unité paramédicale d'accueil psychiatrique du CESAME, Mme MALINGE-DUBRÉ, Cadre de santé, UNPS CHU Angers,
 - Dr LACCOURREYE, Psychiatre au CESAME, Coordinatrice de la Maison des Adolescents 49,
 - Mme MEGIMBIR, Chef de service Promotion de la Santé, Conseil Général du Maine et Loire,
 - Mme OBERDORF, Psychologue, Direction Santé Publique - Ville d'Angers,
 - Mme SEIGNEURIN, Directrice adjointe, CESAME,
 - Mme TOUCHES, Service social du CCAS, Angers,
 - Mme VERON, adjointe déléguée à l'action et à l'animation sociale, à la santé et au handicap, et à la vie associative, Mme BESSE adjointe de quartier, en appui sur les questions relatives à la santé mentale, Ville d'Angers.
- EN MAYENNE :
 - Mme KUMAR, DT ARS Mayenne
 - Deux bénévoles de l'Eclaircie,
 - Trois bénévoles de GERME,
 - Mme DAUZON, Directrice du CCAS, Château-Gontier,
 - M. DELETRE, Président, Délégation départementale de la Croix-Rouge,
 - Dr DELRUE, Médecin généraliste à Mayenne,
 - Mme GIBON, Fédération départementale ADMR de la Mayenne,
 - Mme GUILLET, MSA Mayenne Orne Sarthe,
 - M. GUIOULLIER, Centre d'étude et d'action sociale,
 - M. LEBONHOMME et Mme GERMANE, Communauté de communes du Pays de Mayenne,

- M. MARIE, Directeur, M. TALLOIS, Cadre supérieur de santé du pôle santé mentale, Mme LECHERBAULT, Cadre de santé du CMP, Mme DUCLOS, infirmière à l'UMP, CH Nord Mayenne,
- M. NAVARRO, Directeur du CHRS Revivre,
- Mme PALIERNE, Responsable du service « Action sociale de proximité », Conseil Général de Mayenne,
- Mme PIETTE, MSA Mayenne Orne Sarthe,
- Mme TEREINE, Référente santé du CUCS de Laval.
- DANS LE PAYS DES COËVRONS :
 - Mme FRETARD, Directrice du FJT Le Nymphéa, Co-animatrice du réseau d'écoute des Coëvrons, Evron,
 - Mme GUILLEUX, coordinatrice du CLIC des Coëvrons,
 - Mme HEMERY, Psychologue à l'hôpital local, Evron,
 - Mme LEPINE, Responsable du CCAS, Ville d'Evron,
 - M. MORINEAU, élu en charge de la santé, Ville d'Evron,
 - M. TUSSEAU-BONDU, Responsable de la zone d'action sociale d'Evron, Conseil Général de Mayenne,
 - Mme ROUSSEL, cadre de santé des CMP d'Evron, Laval-Est et Laval Ouest.
- AU MANS :
 - Mme BASTARD, Chargée de projet, DT ARS Sarthe,
 - Deux bénévoles de l'Escale
 - Deux bénévoles de SOS Amitié Région du Mans,
 - Mme BRIOT-HASSAN, Directrice du Pôle Insertion par le Logement - Inclusion sociale et du Pôle social, Association Montjoie,
 - M. CHAMBIRON, Conseil général de la Sarthe, responsable de la circonscription du Mans,
 - Dr CHOUKROUN, Médecin responsable des Urgences, CH du Mans
 - Mme DUJARDIN, Directrice générale de l'Association d'Hygiène sociale de la Sarthe,
 - Mme GUERINO, Conseil général de la Sarthe, Assistante sociale,
 - Dr GUIOUILLER, psychiatre, co-directeur de la Maison des Adolescents,
 - Dr NGUYEN, responsable du Pôle Transversal Externe, Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe
 - Dr MBOKO, Médecin du Conseil Général de la Sarthe en charge du travail transversal et des relations avec les partenaires.
- A LA FERTE - BERNARD :
 - Mme BOIS, Vice - Présidente du CCAS de Ferté Bernard, élue à la Mairie de la Ferté Bernard
 - Dr SERRET, Centre municipal de santé

- A CHALLANS :
 - Dr CAULIER, Conseiller technique et Mme CHESSE, Infirmière de santé publique, DT ARS Vendée
 - Mme BURGAUD, CMP de Challans,
 - M. CHAMARD-BOIS – Médecin de la santé au travail et médecin à la cellule pluridisciplinaire de prévention du suicide. Territoires : Challans, Noirmoutier, L'Île d'Yeu,
 - Mme CROUAN, SOS Suicide Phénix des Pays de la Loire,
 - Dr JUHEL, Chef de service psychiatrie, Dr MESSAOUD, Praticienne, Mme ROUILLARD Cadre supérieur du Pôle santé mentale, CH Loire Vendée Océan,
 - Mme MASSE, coordinatrice du CLS de l'Île d'Yeu,
 - Dr MOLLE, Médecin généraliste et Conseiller municipal délégué aux Personnes âgées et personnes handicapées, Ville de Challans,
 - Mme PAPILLON, coordonnatrice, Mme DEGRYSE, Stagiaire, RESPA/CLIC – Réseau de Soins Personnes âgées,
 - M. RIPAUD, Chargé de mission, Pôle départemental « Vie des familles » et Mme MARSAULT, administrateur fédéral, responsable de la commission départementale « Deuil », Familles Rurales
 - Mme THIBAUD, Directrice du CCAS de Challans
 - M. VAUCHE, Responsable de service, Centre médico-social de Challans.

7.6. LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- Programme national d'actions contre le suicide 2011 - 2014
- Projet Régional de Santé 2012 – 2016 des Pays de la Loire
- MSA – ARS, Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire - Annuaire des acteurs ressources, janvier 2013
- Dr Jean-François BUYCK, Marie-Cécile GOUPIL, Dr Paolo BERCELLI, Dr Anne TALLEC, Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire - Bilan 2013, Observatoire Régional de la Santé dans les Pays de la Loire, Février 2013
- Baromètre santé jeunes 15 – 25 ans – Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents - Données 2010, Observatoire Régional de la Santé dans les Pays de la Loire, Février 2013
- Dr Jean-Paul BOULE, Xavier BRUN, Catherine OGE, Claude PICHON, Evaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide, Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, juin 2012
- Actualité et Dossier en Santé Publique n°45, « La Prévention du suicide », Revue du Haut Conseil de la Santé Publique, décembre 2003
- ANAES, Fédération française de psychiatrie, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000
- INPES, « Prévention et aide à distance en santé », Revue La santé de l'homme n°422, Novembre – décembre 2012
- Jean FURTOS²⁷, « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », Dossier Souffrance et Société, Mental'idées n°11, Septembre 2007

²⁷ Jean FURTOS est psychiatre au Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier à Lyon, Directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

Evaluation pilotée par :

Dr Jean-Paul BOULE, Mme Claude PICHON

Agence régionale de santé PAYS DE LA LOIRE
17 Boulevard Gaston Doumergue – 44262 NANTES Cedex 2
Tel 02 49 10 40 00
www.ars.paysdelaloire.sante.fr

Evaluation réalisée par :

Elise PICON, Dénali MARTHINET, Béatrice MINET, Romain SEIGNEUR

Rapport relu par le Dr Nadine SANNINO, médecin de santé publique, gérante du Cabinet EFECT et par Mme Stéphanie PIN, responsable du pôle « Population et cycle de vie » à l'INPES

ITINERE CONSEIL
34, rue Jean BROQUIN – 69006 LYON
Tel 04 37 24 24 10
Fax 04 37 24 36 03
www.itinere-conseil.com

SOMMAIRE

Synthèse	4
I. Rappel de la mission et de ses finalités	11
1.1. LA DEMANDE D'INTERVENTION	11
1.2. LA METHODE DEPLOYEE ET LES ETAPES DE LA DEMARCHE	13
1.3. LE CONTENU ET LES LIMITES DU DOCUMENT.....	16
II. Contexte de la prévention du suicide en Pays de la Loire	19
2.1. LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE DANS LES PAYS DE LA LOIRE, UNE SITUATION DEFAVORABLE PAR RAPPORT A LA MOYENNE NATIONALE.....	19
2.2. LES ORIENTATIONS DU PROJET REGIONAL DE SANTE ET DU PROGRAMME NATIONAL D'ACTION CONTRE LE SUICIDE : UN ACCENT MIS SUR LA PREVENTION	21
2.3. LA PREVENTION DES RISQUES SUICIDAIRES SUR LE TERRITOIRE : DE POSSIBLES AMELIORATIONS MISES EN EVIDENCE EN 2012 PAR L'EVALUATION DE LA POLITIQUE REGIONALE DE LUTTE CONTRE LE SUICIDE	24
III. Etat des lieux des dispositifs bénévoles de prévention du suicide dans les Pays de la Loire	28
3.1. DES PORTEURS DES DISPOSITIFS BENEVOLES TRES DIVERSIFIES	28
3.2. DES INITIATIVES BASEES SUR L'IDENTIFICATION LOCALE D'UN BESOIN SANS REFERENCE A LA STRATEGIE REGIONALE DE PREVENTION DU SUICIDE	31
3.3. AUX COTES DE L'ACTIVITE CENTRALE D'ECOUTE, D'AUTRES TYPES D'INTERVENTION INDIVIDUELLE OU COLLECTIVE	35
3.4. LES RESSOURCES DES DISPOSITIFS BENEVOLES : DES MOYENS FRAGILES	42
3.5. UNE FAIBLE CONNAISSANCE PAR LES DISPOSITIFS BENEVOLES DE LEURS BENEFICIAIRES	49
IV. Inscription des dispositifs bénévoles dans les systèmes d'acteurs	51
4.1. MALGRE DES EFFORTS DE COMMUNICATION, DES DISPOSITIFS BENEVOLES TRES LARGEMENT MECONNUS, ET QUI SUSCITENT DES AVIS DIVERGENTS	51
4.2. DES MODALITES DE TRAVAIL PARTENARIAL TRES REDUITES.....	53
4.3. UNE PLACE QUE BENEVOLES ET PROFESSIONNELS SOUHAITENT LIMITEE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE AVEC COMPORTEMENTS SUICIDAIRES	63
V. Reponses aux questions évaluatives	70
5.1. UNE CONTRIBUTION DES DISPOSITIFS BENEVOLES A L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SUICIDAIRES A ETAYER	70
5.2. LES FACTEURS CLES DE SUCCES ET D'ECHEC DANS LA CREATION, LE FONCTIONNEMENT ET L'ACTION DES DISPOSITIFS BENEVOLES.....	72
5.3. L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS BENEVOLES ENTRE EUX ET AVEC LES ACTEURS PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SECTEUR SOCIAL	74
5.4. UNE PLUS-VALUE DES DISPOSITIFS BENEVOLES QUI S'EXPRIME EN DEHORS DES PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE AVEC COMPORTEMENTS SUICIDAIRES.....	76

VI. RECOMMANDATIONS	80
6.1. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER LE POSITIONNEMENT DES DISPOSITIFS BENEVOLES.....	81
6.2. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER L'INTERVENTION DES BENEVOLES.....	87
6.3. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER LA COMPLEMENTARITE DES DISPOSITIFS BENEVOLES ENTRE EUX ET AVEC LES PROFESSIONNELS.....	90
VII. ANNEXES	93
7.1. GLOSSAIRE.....	93
7.2. REFERENTIEL DE L'EVALUATION.....	94
7.3. CARTES RELATIVES A LA MORTALITE PAR SUICIDE REALISEES PAR LE DEPARTEMENT OBSERVATION ET ANALYSES DE L'ARS ET PAR L'ORS.....	98
7.4. FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE LES PLUS SIGNIFICATIFS LISTES PAR LA CONFERENCE DE CONSENSUS « LA CRISE SUICIDAIRE : RECONNAITRE ET PRENDRE EN CHARGE ».....	103
7.5. LISTE DES PERSONNES SOLLICITEES.....	104
7.6. LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES.....	108

SYNTHESE

L'évaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires fait suite à l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide réalisée en 2012 : cette dernière recommandait, en effet, de « *mieux définir le positionnement, les complémentarités et les compétences des bénévoles associatifs par rapport aux professionnels de santé* ».

L'évaluation doit ainsi répondre à **quatre questions évaluatives** :

1. Quels sont les facteurs clés de succès et d'échec dans la création, le fonctionnement et l'action des dispositifs bénévoles au bénéfice d'une amélioration de la prise en charge des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires ?
2. Quelle est la valeur ajoutée de ces dispositifs bénévoles dans les parcours d'accompagnement des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires ?
3. Dans quelle mesure les dispositifs bénévoles sont-ils articulés entre eux et avec les professionnels de santé (médecine générale et médecine spécialisée) et du social ?
4. Quels sont les leviers pour améliorer les complémentarités des dispositifs bénévoles entre eux et avec les professionnels de santé et du social dans le cadre d'une logique territoriale ?

La réponse à ces questions s'est appuyée, d'une part, sur la réalisation d'un état des lieux de l'activité des équipes de bénévoles et de leurs ressources (à partir d'un entretien avec vingt responsables de structures bénévoles réparties sur l'ensemble de la région) et, d'autre part, sur la conduite d'investigations qualitatives dans huit territoires ligériens, ayant permis de rencontrer des acteurs locaux (institutionnels, professionnels de santé et professionnels du secteur social). Les différents modes de collecte de l'information ont permis d'identifier les positions fortes vis-à-vis des dispositifs bénévoles, ainsi que les spécificités territoriales ou liées à certaines modalités d'action. Les constats et conclusions formalisés dans le rapport d'évaluation peuvent donc être considérés comme étayés.

Les **principaux constats** sur les caractéristiques des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation sont les suivants :

- Les bénévoles interviennent très majoritairement au sein de structures associatives ;
- 9 structures sur les 20 sollicitées correspondent à une déclinaison locale d'une association ou d'une fédération nationale (SOS Amitié, Familles Rurales, Solidarité Paysans 53, UNAFAM et UNPS). Elles sont autonomes par rapport au niveau national et déploient leur activité en lien avec les besoins repérés localement.
- Les équipes sont de taille très variable : entre 3 et 200 bénévoles. La moyenne s'établit à une trentaine de personnes.

- Le renouvellement des effectifs est problématique pour une majorité de structures, d'autant que certains bénévoles manifestent des signes « d'usure » et le désir de se désengager.
- Les ressources humaines et financières sont assez limitées : il n'existe pas d'aide pérenne au secrétariat, à la coordination et à la communication et les ressources financières ne permettent pas de former systématiquement l'ensemble des bénévoles.
- Actuellement, la formation des bénévoles est très disparate d'une structure à l'autre : tous les bénévoles ne bénéficient pas d'une formation initiale adaptée à la mission qu'ils doivent remplir, en particulier dans les dispositifs les plus petits. Ce constat concerne en particulier les formations à l'écoute et au repérage de la crise suicidaire. Au sujet de cette dernière formation, les bénévoles ont aujourd'hui souvent des difficultés à la mettre en application.

Le tableau ci-dessous synthétise par type d'activités quelques caractéristiques essentielles des dispositifs bénévoles.

Caractéristiques principales des dispositifs bénévoles	Représentation géographique de la structure	Poids du dispositif bénévole dans l'activité des structures	Périmètre d'intervention du dispositif bénévole	Effectif des équipes de bénévoles	Modalités de formation des bénévoles
Veille à vocation sociale	Local / Départemental	Activité partielle	Local	Entre 45 et 125 bénévoles	Absence de formation spécifique en lien avec la prévention du suicide. Quelques rares bénévoles formés au repérage de la crise suicidaire et/ou à l'écoute
Veille ayant pour vocation l'accompagnement de personnes suicidaires ou à risque	Local	100% de l'activité	Local	Entre 10 et 115 bénévoles	Formation non systématique au repérage de la crise suicidaire réalisée dans le cadre du programme de formation de l'ARS des Pays de la Loire
Ecoute téléphonique	Local / Départemental / National	100% de l'activité	Diffus	Entre 15 et 35 bénévoles	Formation à l'écoute centrée sur la personne d'une durée comprise entre 6h et 50h. Réalisée par des psychologues, psychiatres ou intervenants formés à ce type d'écoute.
Ecoute en face à face	Local / Départemental	100% de l'activité ou activité partielle selon les cas	Local	Entre 3 et 15 bénévoles	
Groupe de paroles	Local / Départemental / Régional	Activité partielle	Local	Sans objet : peu de bénévoles animent seuls des groupes de paroles	Pas de formation spécifique de bénévoles à l'animation de groupes de paroles
Collectif d'acteurs	Local / Départemental	100% de l'activité ou activité partielle selon les cas	Local	Entre 10 et 115 bénévoles	Sans objet
Communication/sensibilisation	Local / Départemental	Activité partielle	Local	Entre 3 et 200 bénévoles	Sans objet

Quant aux constats suivants, ils synthétisent les caractéristiques des projets des bénévoles :

- Les initiatives bénévoles sont basées sur l'expression d'un besoin. Ce besoin peut être repéré par des personnes ou institutions qui exercent une fonction d'aide envers leurs concitoyens, ou être exprimé par des personnes elles-mêmes en souffrance psychique. Le Projet Régional de Santé ne sert pas d'appui à l'émergence de ces initiatives (souvent bien antérieures).
- L'analyse de l'activité des dispositifs bénévoles met en évidence 5 types d'action, qui peuvent elles-mêmes être détaillées en fonction de leurs modalités d'intervention : la veille, l'écoute, l'animation de groupes de paroles, l'organisation d'actions de communication / sensibilisation et la création d'un collectif d'acteurs autour de la notion de prévention du suicide. Au niveau de la veille, il est nécessaire de distinguer la veille à vocation sociale, incarnée par des visites de convivialité, et la veille orientée vers l'accompagnement de personnes suicidaires ou à risque. En effet, ces deux types d'intervention ne poursuivent pas les mêmes buts. Au niveau de l'écoute, si toutes les structures poursuivent la même finalité, une distinction peut être réalisée entre écoute téléphonique et écoute en face à face car les modalités de mise en œuvre sont évidemment différentes.
- Les objectifs des dispositifs sont diversifiés :
 - 1 structure vise explicitement l'accompagnement des personnes suicidaires ;
 - 12 structures se donnent pour but de prévenir le suicide. 2 structures proposent une action chacune ayant cette visée, tandis que leur finalité globale s'inscrit plutôt dans le soutien aux personnes isolées.
 - 5 structures sont plus orientées vers le soutien aux personnes isolées et le maintien du lien social.

Au sujet de l'inscription des dispositifs bénévoles dans le système d'acteurs, quelques points saillants peuvent être mis en évidence :

- Malgré des actions de communication, les dispositifs bénévoles sont largement méconnus et peu visibles. Les structures localisées bénéficiant d'un soutien d'élus locaux semblent cependant mieux repérées.
- Les dispositifs bénévoles ont développé peu d'action de coopération entre eux, si ce n'est pour organiser ponctuellement des conférences débats.
- Les professionnels de santé et du social ne sont pas opposés à l'intervention bénévole, sous certaines conditions. Néanmoins, ils formulent peu d'attentes vis-à-vis de ces dispositifs.
- Au niveau des professionnels, les différentes conceptions de la notion de prévention du suicide amènent à une appréciation divergente du rôle que peuvent jouer les bénévoles : lorsque la prévention du suicide est envisagée dans une certaine proximité avec l'acte suicidaire, seule l'intervention de professionnels de santé est envisagée (cas des certains professionnels du secteur social). Lorsque la prévention du suicide est appréhendée de manière plus large, le rôle des bénévoles s'en trouve renforcé, essentiellement dans une dimension de lutte contre l'isolement et de maintien du lien social (cas de certains professionnels de santé). Quelques professionnels de santé positionnent les bénévoles

comme acteurs du repérage et de l'orientation des personnes présentant des risques suicidaires. Or, ce positionnement s'appuie sur une vision erronée de l'activité bénévole en ce qui concerne l'écoute.

- Au niveau des bénévoles, la majorité n'affirment pas un rôle en matière d'accompagnement des personnes avec comportements suicidaires et rappellent qu'ils ont un rôle limité en matière de prévention du suicide.
- Les bénévoles sont perçus comme étant parmi les premiers interlocuteurs des personnes en souffrance psychique. Ils offrent une grande disponibilité et un accueil bienveillant dans un cadre souple.
- Hormis pour les dispositifs de veille orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires, les liens entre professionnels de santé et bénévoles sont très rares et ce, pour plusieurs raisons : méconnaissance et absence d'intérêt réciproques, absence de lien de confiance. Les pré-requis à l'établissement de relations partenariales ne sont donc pas réunis.
- En outre, professionnels de santé et bénévoles écoutants ont une vision non concordante de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique :
 - Les professionnels de santé attendent des bénévoles qu'ils repèrent les personnes avec comportements suicidaires, ce que ne souhaitent pas faire les bénévoles écoutants ;
 - Les professionnels de santé souhaiteraient que les bénévoles orientent les personnes, ce qui contrevient au principe de non-directivité de l'écoute bénévole ;
 - Les professionnels de santé ne conçoivent pas l'écoute comme une aide en soi, alors que c'est le cas des bénévoles.
- La vision des professionnels de santé et des veilleurs orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires est plus cohérente.

Les **principaux jugements** portés sur la contribution des dispositifs bénévoles à la prévention du suicide sont les suivants :

- Le tableau ci-après met en évidence la diversité de positionnement et de modalités d'intervention des dispositifs bénévoles.

Finalité et modalités d'action des dispositifs bénévoles	Finalités des dispositifs établies dans le cadre de l'évaluation				Principes d'action identifiés lors de l'évaluation	Nombre de structures concernées
	Lutter contre l'isolement	Proposer un espace de parole à des personnes en souffrance psychique	Accompagner des personnes confrontées à des idées suicidaires ou leur entourage	Créer une communauté d'acteurs pour prévenir le suicide		
Veille à vocation sociale	x				Suite à une étape de repérage, aller vers des personnes isolées, souffrant de solitude pour échanger avec elles. Intervention à domicile à la demande	2

Finalité et modalités d'action des dispositifs bénévoles	Finalités des dispositifs établies dans le cadre de l'évaluation				Principes d'action identifiés lors de l'évaluation	Nombre de structures concernées
	Lutter contre l'isolement	Proposer un espace de parole à des personnes en souffrance psychique	Accompagner des personnes confrontées à des idées suicidaires ou leur entourage	Créer une communauté d'acteurs pour prévenir le suicide		
Veille ayant pour vocation l'accompagnement de personnes présentant un risque suicidaire			x		Suite à une étape de repérage de comportements suicidaires, aller vers des personnes pour échanger avec elles et, les cas échéant, les orienter vers un professionnel de santé. Intervention à domicile à la demande	3
Ecoute téléphonique		x			Dans un local dédié, offrir un espace de parole à toute personne qui le souhaite, quelque soit sa demande et son besoin Amplitudes horaires variables. Difficulté à offrir un service 24h/24h	7
Ecoute en face à face		x			Offrir un espace de parole à toute personne qui le souhaite, quelque soit sa demande et son besoin Ecoute réalisée en binôme. Permanences proposées ponctuellement.	7
Groupe de paroles		x			Offrir un espace de paroles à des personnes qui vivent ou ont vécu une expérience similaire ; favoriser les échanges entre pairs en présence d'un tiers animateur garantissant le respect de certaines règles. Des groupes dédiés à un public spécifique : personnes dépressives, endeuillées, agriculteurs, aidants familiaux.... Animation confiée à un professionnel (psychologue) associatif ou non un bénévole.	6
Collectif d'acteurs				x	Créer une culture commune sur un territoire autour du mal-être et de la prévention du suicide ; donner à chacun la capacité d'agir face à un risque suicidaire Type d'intervention s'appuyant sur l'idée que tout citoyen peut contribuer à prévenir le suicide à condition d'avoir été sensibilisé et formé.	4

Finalité et modalités d'action des dispositifs bénévoles	Finalités des dispositifs établies dans le cadre de l'évaluation				Principes d'action identifiés lors de l'évaluation	Nombre de structures concernées
	Lutter contre l'isolement	Proposer un espace de parole à des personnes en souffrance psychique	Accompagner des personnes confrontées à des idées suicidaires ou leur entourage	Créer une communauté d'acteurs pour prévenir le suicide		
Communication /sensibilisation				x	Créer une culture commune sur un territoire autour du mal-être et de la prévention du suicide ; favoriser les échanges d'expériences Ouvertes à tous publics, les actions proposées prennent le plus souvent la forme de conférences – débat et s'appuient sur un évènement national, tel que les JNPS ou la Semaine de la Santé Mentale.	14

- Le tableau ci-dessus et les constats relatifs à l'inscription des dispositifs bénévoles dans le système local d'acteurs montrent qu'ils ont une approche différenciée de la prévention du suicide. L'adaptation de ces différentes approches à la situation de la personne en souffrance psychique dépendra de son état d'avancement dans le processus suicidaire et des raisons qui la conduisent à cette souffrance, voire à des comportements suicidaires. Dans certains cas, la personne aura les moyens de demander de l'aide, dans d'autres, elle nécessitera qu'on aille vers elle. Dans certains cas, une écoute attentive et bienveillante suffira, dans d'autres, une orientation sera essentielle.
- Or, aujourd'hui, si globalement les objectifs des dispositifs bénévoles sont en conformité avec les orientations du Projet Régional de Santé, le positionnement des différents types de dispositifs bénévoles ne s'appuie pas pour l'heure sur une analyse contextuelle des causes de suicide permettant d'identifier quels dispositifs seraient les plus efficaces pour réduire les suicides et tentatives de suicide.
- Plus spécifiquement, l'activité de veille orientée vers l'accompagnement des personnes suicidaires est la seule qui s'inscrive dans le parcours des personnes en souffrance psychique.

Les veilleurs s'attachent, en effet, à repérer ou à répondre aux alertes pour des personnes en souffrance psychique en allant à leur rencontre, à échanger avec ces personnes et, le cas échéant, à leur proposer une orientation.

- L'activité d'écoute donne aux bénévoles qui l'exercent un rôle en matière de repérage des risques suicidaires, mais les bénévoles écoutants ne se donnent pas cette fonction et ne sont ni organisés ni outillés pour. En revanche, ces dispositifs d'écoute ont une utilité certaine et une place pour les personnes en souffrance passagère et psychosociale, qui ont besoin de se confier de ne plus se sentir seules.

Le rôle des bénévoles écoutants pourrait être résumé comme suit : être vigilant face à l'expression d'un mal-être, sans viser le repérage de la crise suicidaire, permettre à la personne de s'exprimer et de trouver une solution par elle-même.

A noter que ce principe de non-directivité, qui implique de ne pas aborder le suicide si la personne ne le fait pas et de ne pas orienter, est en opposition avec ce que certains professionnels de santé attendent de l'écoute.

- Les dispositifs de veille ayant vocation à repérer les personnes avec comportements suicidaires ou à risque sont donc, parmi les dispositifs bénévoles étudiés, ceux qui apportent la contribution la plus importante à la veille, au repérage et à l'orientation des personnes en souffrance psychique. Ce sont également les dispositifs qui cherchent le plus à s'inscrire dans un système local d'acteurs et à nouer des partenariats avec les professionnels de santé pour adresser les personnes qui en ont besoin et pour bénéficier d'une analyse de la pratique.

Ces différents éléments ont donné lieu à la formulation de **10 recommandations** articulées autour de trois axes d'amélioration :

- Améliorer le positionnement des dispositifs bénévoles
 1. Préciser le cadre d'intervention des dispositifs bénévoles dans le champ de la prévention ;
 2. Préciser le rôle attendu des dispositifs de veille ;
 3. Préciser le rôle attendu des dispositifs d'écoute ;
 4. Améliorer la visibilité des dispositifs bénévoles ;
- Améliorer l'intervention des dispositifs bénévoles
 5. Définir les attentes de l'ARS concernant les activités de veille ;
 6. Définir les attentes de l'ARS concernant les activités d'écoute ;
 7. Poursuivre et renforcer le programme de formation ;
- Améliorer la complémentarité des dispositifs bénévoles entre eux et avec les professionnels de santé
 8. Favoriser les synergies entre associations pour plus d'efficience ;
 9. Intégrer les dispositifs bénévoles dans des partenariats locaux ;
 10. Favoriser l'émergence de dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires.

Ces recommandations sont détaillées en fin de document : sont notamment précisés la déclinaison opérationnelle de la recommandation, les points de vigilance et les leviers d'action.

I. RAPPEL DE LA MISSION ET DE SES FINALITES

1.1. LA DEMANDE D'INTERVENTION

D'après les données du projet régional de santé 2012 – 2016¹, la région Pays de la Loire est l'un des territoires de l'Hexagone qui souffre d'une mortalité par suicide importante (cf. section II).

Cette mortalité évitable est une préoccupation des élus locaux et des acteurs institutionnels, professionnels et associatifs, qui déploient des programmes ou actions visant à lutter contre. A partir de 1997, les autorités sanitaires, regroupées depuis 2010 au sein de l'ARS, ont ainsi développé une politique régionale active de lutte contre le suicide.

Cette politique a fait l'objet d'une première évaluation en 2012 visant, d'une part, à identifier les actions à poursuivre, à abandonner ou à mettre en œuvre et, d'autre part, à connaître les atouts et marges de progrès de cette politique au moment du lancement du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 et du projet régional de santé 2012-2016. A l'issue des constats et jugements apportés par l'évaluation, l'une des recommandations préconise de « mieux définir le positionnement, les complémentarités et les compétences des bénévoles associatifs par rapport aux professionnels de santé ». C'est dans ce cadre que l'Agence Régionale de Santé de la région Pays de la Loire a décidé, en 2013, d'évaluer **la contribution des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires à cette politique régionale.**

Plus concrètement, l'évaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires poursuit les **objectifs suivants** :

- **Mieux connaître** les actions des différentes actions bénévoles, leur coordination avec les autres acteurs locaux et la valeur ajoutée des dispositifs bénévoles ;
- **Analyser l'adéquation des objectifs** des dispositifs bénévoles de prévention du suicide avec les objectifs du PRS ;
- **Nourrir l'analyse de l'ARS** sur le rôle et la place qu'elle veut donner aux associations et aux réseaux de bénévoles ;
- **Définir les axes d'évolution nécessaire** en matière de complémentarité entre les associations de bénévoles, ainsi qu'avec les acteurs professionnels de santé (médecine générale et médecine spécialisée) et du champ social ;
- **Proposer des pistes d'améliorations de la fluidité des parcours** des populations concernées (visant par exemple, la réorientation des actions mises en place, le renforcement des compétences des bénévoles,...).

¹ Projet régional de santé, Annexe 1 – Diagnostic de l'état de santé et des besoins de santé, p.799

Ces objectifs ont été traduits en **quatre questions évaluatives** figurant dans le cahier des charges de l'évaluation :

1. Quels sont les facteurs clés de succès et d'échec dans la création, le fonctionnement et l'action des dispositifs bénévoles au bénéfice d'une amélioration de la prise en charge des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires ?
 - Dans quelle mesure les actions de formations à l'écoute et de repérage de la crise suicidaire contribuent-elles au renforcement des compétences des bénévoles et à l'amélioration de leur accompagnement ?
2. Quelle est la valeur ajoutée de ces dispositifs bénévoles dans les parcours d'accompagnement des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires en termes :
 - de veille, en analysant notamment le niveau d'information des populations sur ces dispositifs ;
 - de repérage, avec une attention particulière aux compétences développées en la matière ;
 - d'écoute, avec une attention particulière à porter sur l'aide à l'entourage d'un suicidé ou d'un suicidant ;
 - d'orientation, en analysant l'accessibilité aux soins nécessaires pour ce type de populations.
3. Dans quelle mesure les dispositifs bénévoles sont-ils articulés entre eux et avec les professionnels de santé (médecine générale et médecine spécialisée) et du social ?
4. Quels sont les leviers pour améliorer les complémentarités des dispositifs bénévoles entre eux et avec les professionnels de santé et du social dans le cadre d'une logique territoriale ?

La réponse à ces questions s'est appuyée, d'une part, sur la réalisation d'un état des lieux de l'activité des équipes de bénévoles et de leurs ressources et, d'autre part, sur la conduite d'investigations qualitatives portant sur le fonctionnement des dispositifs, et en particulier, sur leurs interrelations et les relations qu'elles entretiennent avec les professionnels de santé et du champ social.

Concernant le champ de l'évaluation, si l'activité d'écoute téléphonique a fait partie intégrante de l'évaluation, elle n'était pas son unique objet : d'autres modes d'action mis en œuvre par les bénévoles (écoute en face à face, veille, groupes de paroles, constitution de collectifs d'acteurs) ont également été analysés.

1.2. LA METHODE DEPLOYEE ET LES ETAPES DE LA DEMARCHE

La mission d'évaluation a été pilotée par le Département d'Evaluation des Politiques de Santé et des Dispositifs en lien avec le prestataire. Un comité de pilotage, composé de deux représentants de ce Département, ainsi que de deux représentants du Département Promotion de la Santé et Prévention (cf. liste des personnes rencontrées), s'est réuni à trois reprises pour suivre l'avancement des travaux.

L'évaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires s'est déroulée selon **quatre phases** :

- **Une première phase correspondant au cadrage de la mission**, réalisée pendant l'été 2013. Elle a consisté en :
 - Deux entretiens de lancement avec les services de l'ARS porteurs de cette évaluation (le Département d'Evaluation des Politiques de Santé et des Dispositifs et le Département Promotion de la Santé et Prévention) ;
 - Des entretiens avec des acteurs ressources² (représentants de la MSA, d'un Conseil Général, de l'INPES, de SOS Amitié, ainsi qu'un médecin psychiatre),
 - Une réunion du comité de pilotage le 11 juillet 2013 pour échanger sur le référentiel d'évaluation (validé le 19 juillet).

Cette première phase a donné lieu à l'élaboration d'une note de cadrage précisant le déroulement méthodologique et calendaire de la démarche, ainsi que les questions évaluatives (cf. référentiel d'évaluation en annexe).

- **Une deuxième phase d'état des lieux, réalisée en juillet-août 2013**

Cette phase s'est traduite par la réalisation d'un entretien téléphonique d'environ 2h avec un représentant de chacune des 20 structures retenues pour faire partie de l'évaluation.

L'ARS a utilisé les trois critères suivants pour constituer la liste de structures intégrées dans l'évaluation :

- Des dispositifs dont le projet et les actions ont principalement une orientation sanitaire,
- Des dispositifs principalement axés sur l'écoute si possible non ciblée sur des populations spécifiques,
- Des dispositifs dans lesquels l'accueil et l'écoute sont principalement réalisés par des bénévoles.

A ces critères portant sur le fond du projet, s'ajoute celui du financement de l'ARS dans le cadre de l'appel à projets du département Promotion de la Santé et Prévention consacré à la santé mentale et au suicide : la majorité des dispositifs intégrés à l'évaluation (13 sur 20) ont bénéficié au moins une fois d'une subvention entre 2010 et 2013.

² Cf. Liste des personnes sollicitées en annexe.

L'évaluation n'est donc pas une évaluation exhaustive de l'ensemble des dispositifs de repérage, de veille, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires. L'ARS a retenu quelques dispositifs bénévoles permettant une représentation de la diversité des actions proposées par ces acteurs.

L'état des lieux a concerné 20 structures réparties comme suit :

- En Loire-Atlantique :
 - SOS Amitié Région de Nantes,
 - SOS Dépression 44,
 - SOS Inceste pour Revivre,
 - Familles Rurales de Loire-Atlantique,
 - Groupe de Prévention du Suicide (GPS) de la Communauté de Communes de Vallet.
- En Maine-et-Loire :
 - SOS Amitié Région d'Angers – Antenne de Saumur.
- En Mayenne :
 - Solidarité Paysans 53,
 - Le Collectif pour la prévention du mal-être et du suicide en Mayenne (COPS 53) et 6 de ses membres (Sève et Racines, GERME, Source, L'Eclaircie, Main Tendue et le GPS du Pays de Coëvrons).
- Dans la Sarthe :
 - SOS Amitié Région du Mans,
 - Familles Rurales de la Sarthe,
 - Espace Ecoute Formation,
 - L'Escale – CCAS d'Allonnes.
- En Vendée :
 - Familles Rurales de la Vendée.
- Au niveau régional, l'UNAFAM.

Les entretiens précédemment évoqués, ainsi que les documents relatifs à ces dispositifs et à leurs actions (rapports d'activité, comptes-rendus d'action, fiches OSCARS, chartes, ...) ont donné lieu à l'élaboration d'une base de données et à une analyse qualitative. Les résultats ont fait l'objet d'un état des lieux repris en partie dans le présent document (notamment dans les sections III et IV).

- **Une troisième phase d'investigations qualitatives s'est déroulée sur 8 territoires en septembre et octobre 2013.**

Conformément aux attendus de l'ARS des Pays de la Loire :

- Les investigations se sont déroulées sur au moins un site dans chaque département,

- Un territoire a correspondu à un département (la Mayenne),
- Au moins un site retenu disposait d'un contrat local de santé,
- Une attention a été portée aux territoires identifiés par le projet régional de santé comme fragiles car confrontés à des taux de mortalité par suicide relativement élevés.

Compte tenu de ces différents points, le tableau suivant liste les sites sur lesquels ont été réalisées les investigations qualitatives :

Département	Territoires concernés	Types de territoire	Types de dispositifs bénévoles
Loire-Atlantique	Communauté de Communes de Vallet	Territoire rural, proche de Nantes	Groupe de prévention suicide, veille
Loire-Atlantique	Nantes	Territoire urbain, doté d'un CLS	Ecoute téléphonique, en face à face, groupes de parole, collectifs d'acteurs
Maine-et-Loire	Agglomération angevine	Territoire urbain doté d'un CLS Santé mentale	Ecoute téléphonique, collectifs d'acteurs
Mayenne	Département		Collectif d'acteurs, écoute en face à face, veille,
Mayenne	Pays de Coëvrons	Territoire rural	Groupe de prévention suicide
Sarthe	Perche Sarthois autour de la Ferté-Bernard	Territoire rural présentant des risques de suicide élevés	Absence de dispositif bénévole
Sarthe	Agglomération du Mans	Territoire urbain présentant des risques de suicide élevés	Ecoute téléphonique, écoute en face à face
Vendée	Challans	Territoire rural présentant des risques de suicide élevés	Absence de dispositif bénévole

Préalablement aux investigations sur sites, un entretien téléphonique a été programmé avec un représentant de chaque délégation territoriale de l'ARS (cf. liste des personnes rencontrées). Cet entretien a été l'occasion de recueillir de l'information sur le contexte départemental en termes de sensibilité du territoire au suicide et d'initiatives prises pour lutter contre les comportements suicidaires. Il a également eu pour objectif d'identifier les acteurs à rencontrer sur les sites retenus pour la réalisation des investigations qualitatives.

Sur chacun des territoires listés, des entretiens individuels ou collectifs (par type d'acteurs) se sont déroulés sur environ deux journées. Différents types d'acteurs ont été rencontrés : professionnels de santé, professionnels du secteur social, professionnels du secteur médico-social, élus locaux, responsables de service social de CCAS et Conseils Généraux, MSA, associations, bénévoles des dispositifs intégrés à l'évaluation.

- **Enfin, une quatrième phase, réalisée en novembre 2013, a été consacrée à l'élaboration du jugement évaluatif et des recommandations.**

Elle s'est appuyée sur un premier comité de pilotage visant à débattre des conclusions, puis sur un comité de pilotage élargi visant à échanger sur les propositions de recommandations formulées par le prestataire.

Ce comité de pilotage élargi a associé aux membres du comité de pilotage le responsable du Département Promotion de la Santé et Prévention, la responsable du groupe

transversal « Santé mentale – psychiatrie » et deux représentants des délégations territoriales de l'ARS de Mayenne et de Vendée.

Cette phase s'est terminée par la finalisation du rapport final et des recommandations, en vue d'une présentation au comité de direction de l'ARS puis d'une restitution aux dispositifs bénévoles mobilisés pour l'évaluation.

La méthodologie retenue pour réaliser l'évaluation ne prévoyait pas d'interroger la population. Les bénéficiaires des actions mises en œuvre par les dispositifs bénévoles n'ont donc pas été entendus.

1.3. LE CONTENU ET LES LIMITES DU DOCUMENT

Le document a vocation à synthétiser l'ensemble des constats et analyses élaborés tout au long de la mission, que ce soit au cours de la phase de cadrage, au cours de la phase d'état des lieux ou au cours de la phase d'investigations qualitatives.

La construction du plan doit permettre de repérer progressivement la place des dispositifs bénévoles de veille, d'écoute, de repérage et d'orientation dans le parcours des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires et dans la politique d'action contre le suicide. En effet, en premier lieu (section II), le contexte d'intervention des dispositifs bénévoles est rappelé, (principales données de diagnostic quant aux comportements suicidaires en Pays de la Loire, des orientations politiques). En second lieu, les sections III et IV du document présentent des éléments descriptifs, relatifs aux fonctionnements internes des dispositifs bénévoles et à leur intégration dans le système d'acteurs (soit les interrelations entre dispositifs bénévoles et avec les professionnels de la santé et du secteur social). En troisième lieu, la section V présente l'analyse du prestataire et les réponses aux questions évaluatives. Enfin, la section VI propose des recommandations visant à aider l'ARS à identifier les modalités et moyens d'amélioration de l'intervention, du positionnement et de la complémentarité des dispositifs bénévoles entre eux et avec les professionnels.

Pour une bonne interprétation des constats présentés dans le document, quelques remarques sont formulées quant à l'exhaustivité et à la fiabilité de l'information recueillie :

- Concernant le champ de l'étude, l'analyse de l'intervention des bénévoles en matière de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes avec comportements suicidaires ne porte pas sur la totalité des dispositifs bénévoles existants. Ces derniers ne sont, en effet, pas tous identifiés au niveau régional, bien que l'annuaire des acteurs ressources réalisé à l'initiative de la MSA et de l'ARS aille dans ce sens.
- Concernant les investigations conduites auprès des responsables des dispositifs bénévoles :
 - Les entretiens ont pu être conduits avec les 20 structures retenues par l'ARS pour faire partie de l'évaluation. Les acteurs interrogés se sont montrés très réactifs et disponibles pour répondre aux questions.
 - Les données quantitatives sont, en revanche, moins exhaustives, qu'il s'agisse d'informations relatives à l'activité ou relatives à l'organisation du dispositif.

Ainsi, si certains dispositifs disposent d'indicateurs détaillés (ex : taux d'assiduité lors des permanences, taux d'assiduité lors des supervisions, nombre d'appels, nombre d'heures d'écoute, ...), les plus petits, disposant de moyens plus limités, n'assurent pas toujours un suivi quantitatif de leur volume d'activité (nombre de bénéficiaires, nombre de bénévoles formés, ayant bénéficié d'une supervision,...). Il a pu également arriver que l'interlocuteur sollicité pour l'entretien pendant l'été ne soit pas le plus pertinent pour communiquer cette information quantitative.

- Compte tenu du principe d'anonymat respecté par l'ensemble des structures d'accueil et d'écoute interviewées, l'origine géographique de la demande ne peut être précisément connue. Les interlocuteurs ont parfois pu indiquer des tendances, mais l'information reste extrêmement partielle. En revanche, concernant le sexe, l'âge et le motif de la demande, il existe généralement une information dans les structures d'écoute et d'accueil. Il s'agit également de tendances, puisque ces informations ne sont pas explicitement demandées aux bénéficiaires mais déduites de la conversation.
 - L'agrégation des données concernant notamment le nombre de bénéficiaires est malaisée à réaliser, puisque l'ensemble des structures ne comptabilise pas l'activité de la même manière : certaines recensent le nombre d'individus différents, d'autres le nombre de participations (nombre d'appels, nombre de participations à un groupe de paroles par exemple). Pourtant, dans l'appel à projets de l'ARS, il existe une trame de compte rendu d'action questionnant précisément les dispositifs sur leurs réalisations et demandant le renseignement d'indicateurs de résultat³, mais, il n'existe pas de précisions sur l'information attendue, par exemple, en termes de nombre de participants (nombre de personnes différentes ou nombre de participations). En outre, si les acteurs financés complètent tous ce document, le détail de l'information communiquée est variable.
 - Enfin, il est rappelé que ces données sont déclaratives : elles donnent des tendances. La comparaison entre les chiffres déclarés et les chiffres examinés dans les dossiers confiés par l'ARS montre certes des écarts mais ils n'apparaissent pas significatifs.
- Concernant les investigations conduites auprès des acteurs locaux :
- Globalement, sur l'ensemble des 8 territoires, une diversité d'acteurs a pu être rencontrée et des représentants de l'ensemble des catégories d'intervenants envisagées initialement ont pu être mobilisés.
 - Cependant, selon les territoires, la mobilisation des acteurs s'est avérée plus ou moins aisée. Il a ainsi parfois pu être plus compliqué de rencontrer des professionnels de santé, par manque de disponibilité ou d'intérêt pour l'étude.
 - Les acteurs qui ont pu être rencontrés se sont montrés disponibles et intéressés par le sujet.

³ Par exemple, concernant la mise en place de groupes de paroles, il est demandé le nombre et la localisation des groupes de paroles, le nombre et la qualité des participants, la qualification et le nombre d'intervenants, l'assiduité des participants.

- Beaucoup n'avaient qu'une connaissance limitée des dispositifs bénévoles et l'entretien réalisé dans le cadre de l'évaluation a pu être pour eux l'occasion de s'informer. Il en résulte qu'un certain nombre de constats formalisés par les acteurs locaux représentent des idées préconçues et/ou des positions de principe.

Sur l'ensemble de la mission d'évaluation, les différentes investigations réalisées ont permis d'identifier les positions fortes vis-à-vis des dispositifs bénévoles, ainsi que les spécificités territoriales ou liées à certaines modalités d'action. Les constats et conclusions formalisés dans le présent document peuvent donc être considérés comme étayés.

II. CONTEXTE DE LA PREVENTION DU SUICIDE EN PAYS DE LA LOIRE

2.1. LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE DANS LES PAYS DE LA LOIRE, UNE SITUATION DEFAVORABLE PAR RAPPORT A LA MOYENNE NATIONALE

Dans son bilan « Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire » publié en février 2013, l'Observatoire Régional de Santé (ORS) fait état de **712 décès par suicide dans la région, en 2010**, concernant essentiellement des hommes (75% des suicides)⁴. Ce chiffre, relativement stable depuis 2006, est **trois fois supérieur au nombre de décès par accident de transport**. A l'image de ce que l'on constate en France, les deux premières causes de mortalité prématurée évitable sont ainsi le cancer du poumon et les suicides, pour les hommes comme pour les femmes.

Si comme au niveau national, le taux de mortalité par suicide a tendance à diminuer dans les Pays de la Loire, cette baisse concerne principalement les personnes les plus âgées et les plus jeunes. En moyenne sur la période 2008-2010, la tranche d'âge 35 - 54 ans représente 42% des décès par suicide, mais c'est entre 25 et 34 ans que la proportion de suicides parmi l'ensemble des causes de décès est la plus forte. Si l'on considère le genre, le taux régional de mortalité par suicide des femmes est de 18% supérieur à la moyenne nationale, tandis que l'écart à cette moyenne est nettement plus important concernant les hommes, puisqu'il atteint 24%⁵.

Au niveau des départements ligériens, les données sont contrastées (cf. cartes relatives à la mortalité par suicide réalisées par le Département Observation et Analyses de l'ARS et par l'ORS en annexe). La répartition du nombre de suicides par département correspond globalement à la répartition de la population par département. Deux exceptions sont toutefois à souligner : en Loire-Atlantique, le nombre de suicides représente 31% des décès par suicides constatés dans la région, alors que ce département accueille 36% de la population régionale. A l'inverse, la part de suicides dénombrés en Mayenne correspond à 11% des suicides identifiés sur l'ensemble de la région, contre 8,5% de la population régionale. Si les départements de Loire-Atlantique et de Vendée connaissent une situation proche de la situation nationale (malgré une mortalité masculine par suicide supérieure à la moyenne nationale), les autres départements connaissent une surmortalité plus marquée :

- Dans le Maine-et-Loire, la mortalité départementale par suicide reste nettement supérieure à la moyenne nationale chez les hommes (+ 29 %) sur la période 2008-2010.
- En Mayenne, la surmortalité départementale est particulièrement élevée chez les hommes (39 %) sur la période 2008-2010. Chez les femmes, l'écart à la moyenne nationale, qui s'était nettement réduit à partir du début des années 2000, semble s'élever à nouveau.
- La mortalité par suicide en Sarthe est nettement supérieure à la moyenne nationale chez les hommes (50% en 2008-2010) et plus encore chez les femmes, pour lesquelles l'écart à la moyenne nationale tend à augmenter.

⁴ En France, le nombre annuel de décès par suicide est estimé à environ 10 000.

⁵ Si l'écart a tendance à diminuer pour les femmes, ce n'est pas le cas pour les hommes

Plus précisément, le projet régional de santé identifie, par département, les territoires de santé les plus fragiles au regard des taux constatés de mortalité par suicide :

- En Loire-Atlantique : Châteaubriant - Derval - Nozay, Ancenis, Redon - Pontchâteau - St Gildas et Pays de Retz Sud Estuaire ;
- Dans le Maine et Loire : Segré - Pouancé - Candé Ouest, Anjou - Lion d'Angers ;
- En Mayenne : Le Sud Mayenne ;
- Dans la Sarthe : Perche Sarthois, Haute Sarthe, Vallée du Loir, Le Mans ;
- En Vendée : Challans - Beauvoir - Monts.

Or, d'après l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide réalisée en 2012 par l'ARS, les inégalités territoriales ont été insuffisamment prises en compte et donc peu corrigées.

Cependant, le suicide ne peut se réduire à la présentation de taux de mortalité, puisqu'en effet, l'acte suicidaire correspond au point d'orgue d'une trajectoire *« qui va du sentiment péjoratif d'être en 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 »*⁶. **La crise suicidaire correspond à un état réversible** à condition que soient réunis les moyens et la capacité de repérage de cet état et que soient mis en œuvre des facteurs de protection.

Ainsi, **les facteurs de risque de suicide ont été formalisés en octobre 2000** par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et par la Fédération Française de Psychiatrie, lors de la conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Ce document classe les facteurs de risque selon trois catégories :

- Facteurs primaires : troubles psychiatriques (notamment la dépression), dépendance (alcoolisme), antécédents personnels ou familiaux de suicide, impulsivité. Ils ont une valeur d'alerte importante mais peuvent être influencés par des traitements.
- Facteurs secondaires : pertes parentales précoces, isolement social, difficultés financières et professionnelles (chômage..), événements de vie négatifs. Ils n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires.
- Facteurs tertiaires : sexe masculin, âge (grand âge et jeune âge). Ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence d'autres facteurs de risque.

En 2000, la conférence de consensus rappelle que **le suicide est un phénomène multifactoriel complexe, sans stricte causalité, où les différents facteurs interagissent les uns avec les autres ; la simple addition des facteurs de risque ne suffit donc pas pour évaluer le risque suicidaire.**

Certains moments charnières de la vie ou certains événements peuvent également fragiliser les individus (adolescence, départ à la retraite, décès d'un proche, divorce, ...). Enfin, les comportements suicidaires se rencontrent plus souvent dans certaines catégories de populations : les personnes âgées, les jeunes, les minorités sexuelles, les personnes en situation

⁶ ANAES, Fédération française de psychiatrie, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000

de précarité économique et sociale, les personnes souffrant de troubles psychiatriques (ces troubles sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide), les personnes détenues, les personnes souffrant d'addiction,...

A l'inverse, d'autres éléments constituent des facteurs de protection, tels que l'entourage familial et amical, une prise en charge thérapeutique,...

Le bilan de l'ORS indique qu'en 2010, le PMSI permet de dénombrer **4 665 séjours d'hospitalisation** dans les unités de médecine – chirurgie – obstétrique **liés à une tentative de suicide**, soit 4 088 patients domiciliés dans les Pays de la Loire. D'après le baromètre santé jeunes 15 – 25 ans publié en février 2013 par l'Observatoire Régional de la Santé, en 2010, 4% des jeunes ont pensé à se suicider dans l'année. La prévalence des pensées suicidaires chez les jeunes de la région est proche de la moyenne nationale.

Face à ces constats épidémiologiques, la prévention du suicide constitue l'une des priorités du Projet Régional de Santé 2012 – 2016.

2.2. LES ORIENTATIONS DU PROJET REGIONAL DE SANTE ET DU PROGRAMME NATIONAL D'ACTION CONTRE LE SUICIDE : UN ACCENT MIS SUR LA PREVENTION

Initialement considéré comme un choix personnel, relevant d'une question morale, **le suicide est aujourd'hui considéré comme un problème de santé publique**. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a ainsi fixé dans son annexe un objectif quantifié de réduction du nombre des décès par suicide, d'environ 12 000, à moins de 10 000 cas par an à l'horizon 2008.

Le Projet régional de santé 2012 -2016 des Pays de la Loire a intégré la problématique du suicide dans ses orientations. Il prévoit, en particulier, **deux objectifs visant la prévention du suicide** :

- Objectif n°3 (schéma régional de prévention) : **Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales** en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie.

Parmi les 7 thématiques régionales prioritaires évoquées par cet objectif rattaché à l'orientation stratégique « La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Une démarche centrée sur la personne » figure le bien-être mental et le risque de suicide.

De manière opérationnelle, cet objectif invite les acteurs de santé à être plus attentifs, par une offre de service spécifique de prévention, à certaines périodes de la vie qui mettent la santé de chacun à l'épreuve, en particulier celles qui semblent les plus marquantes comme la petite enfance, l'adolescence, les ruptures professionnelles telles que le chômage, la retraite mais aussi les ruptures familiales comme le deuil ou l'entrée en institution.

- Objectif n°13 (schéma régional de prévention) : **Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité**

Cet objectif est rattaché à l'orientation stratégique suivante : « la maîtrise des risques concernant la santé des populations - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé ».

Il s'agit de s'appuyer sur des intervenants de proximité formés et coordonnés pour repérer et agir préventivement dans les situations potentielles de fragilité psychique, de violence, de risque de suicide.

Deux autres objectifs ont également vocation à s'appliquer à la politique régionale de lutte contre le suicide : l'objectif 1 « Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé, en mobilisant ses ressources personnelles » et l'objectif 7 « Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité ».

En lien avec ces objectifs, l'appel à projets 2013 « Santé mentale – Suicide » de l'ARS a invité les porteurs de projets à inscrire leurs actions en cohérence avec les objectifs suivants :

- Sensibiliser l'ensemble de la population à la question de la dépression et du suicide, plus spécifiquement sur les territoires de la région en situation défavorable vis-à-vis de la mortalité par suicide,
- Proposer des interventions en milieu scolaire et universitaire visant à informer sur la question du mal être, de la dépression ou du suicide et à développer les compétences psychosociales,
- Lutter contre l'isolement et la détresse psychologique des personnes en perte d'autonomie et des aidants familiaux,
- Favoriser l'émergence et le développement d'actions visant à soutenir les publics en situation de vulnérabilité (personnes sous main de justice, en situation de précarité, souffrant de discrimination,...),
- Maintenir l'offre d'entretiens d'écoute, d'évaluation et d'orientation avec des professionnels de santé, au sein des structures accueillant des personnes en situation de vulnérabilité,
- Favoriser l'émergence et le développement d'actions visant au maintien d'un contact personnalisé avec les personnes à risque de récurrence, notamment à la sortie d'une hospitalisation,
- Soutenir l'entourage (familles endeuillées, accompagnants, collègues, camarade de classe,...) confronté à des situations de crise suicidaire ou de suicide,
- Maintenir l'offre de temps d'échanges de pratique pour les bénévoles associatifs accueillant des personnes en souffrance psychique,
- Soutenir le déploiement de formations à l'écoute pour les bénévoles associatifs intervenant au sein de plateformes téléphoniques ou de points d'accueil et d'écoute.

Au niveau des projets territoriaux de santé élaborés par les délégations territoriales de l'ARS, trois départements (la Mayenne, la Vendée et la Sarthe) ont décliné des objectifs explicitement tournés vers la prévention de la crise suicidaire et/ou de la récurrence. La mise en œuvre de ces objectifs démarre progressivement. Pour illustration, dans la Sarthe, un

groupe départemental de coordination en santé mentale a récemment été créé. Il cible notamment la prévention du suicide, en lien avec le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Sarthe. Un groupe ad hoc réunissant les dispositifs bénévoles du territoire est animé par le psychiatre responsable du pôle transversal externe du CHS. Un projet d'Unité de Prévention du Suicide (UPS) est également en cours d'instruction. En Vendée, à Challans, une expérimentation de coordination des acteurs est également impulsée par la délégation territoriale de l'ARS.

Dans les autres institutions (Conseils Généraux, Communes ou intercommunalités dans le cadre des Contrats locaux de santé ou des CUCS), en dehors de la MSA qui définit des orientations spécifiques à l'échelon national en lien avec le programme national d'action contre le suicide, les orientations visent plutôt la lutte contre l'isolement, le mal-être, les troubles psychiques ou la promotion de la santé mentale.

Au-delà des orientations spécifiées dans le projet régional de santé, l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide réalisée par l'ARS en 2012 a mis en évidence trois points essentiels relatifs à l'appréhension du suicide et de sa prévention dans les Pays de la Loire :

- **La politique de lutte contre le suicide est de moins en moins ciblée sur le suicide.** L'approche prévention est une approche multirisque, qui vise notamment à détecter la souffrance psychique.
- Aussi, le suicide n'est-il pas une problématique traitée de manière isolée, mais en lien avec les problématiques de santé mentale et de comportement à risques (addictions essentiellement).
- Il en résulte que, dans les Pays de la Loire, la politique de lutte contre le suicide ne vise plus des populations bien spécifiques mais opte pour une approche plus globale de la santé. Des populations ont cependant plus particulièrement été identifiées : jeunes de 15/25 ans, personnes âgées, populations en zone rurale, populations en situation de précarité, détenus, populations ayant déjà fait une tentative de suicide.

Les actions de prévention et de promotion de la santé mentale, majoritairement portées par des associations, **sont donc fondamentales pour prévenir les comportements suicidaires.** La présente évaluation doit ainsi permettre d'identifier la contribution des dispositifs bénévoles à ce domaine de prévention.

Les objectifs du PRS et leur déclinaison au sein de l'appel à projets « Santé mentale – suicide » sont **en cohérence avec les objectifs du programme national d'action contre le suicide 2011-2014.** Celui-ci **consacre, en effet, une large place à la prévention et à la postvention**⁷. Sept des vingt mesures adoptées par le programme et vingt-deux des quarante-sept actions concernent ce domaine. Elles visent à :

- Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide,

⁷ La postvention vise à accompagner l'entourage familial, voire institutionnel d'une personne suicidée ou ayant commis une tentative de suicide.

- Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance (d'écoute en particulier) dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale,
- Prévenir l'isolement social et la détresse psychique,
- Renforcer la prévention du suicide en milieu institutionnel,
- Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide,
- Agir sur la communication sur Internet concernant le suicide,
- Limiter l'accès aux moyens létaux.

En effet, le programme affirme la nécessité d'agir le plus en amont possible de l'acte suicidaire. Il prévoit notamment de promouvoir les dispositifs d'aide à distance, via l'action de l'INPES, qui depuis 2003, finance et suit une part croissante de lignes téléphoniques et de sites Internet d'information, d'écoute et d'orientation pour la plupart mis en œuvre par des associations. Ces dispositifs sont souvent amenés à traiter des appels dans lesquels l'appelant exprime un mal-être. A ce titre, l'INPES finance en particulier Suicide Ecoute, SOS Suicide Phénix, SOS Amitié, Fil santé jeune, Sida info service et Phare enfants parents.

Plus récemment, la feuille de route de la stratégie nationale de santé publiée fin septembre 2013 fait également valoir la prévention, dont elle fait son premier axe : « prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé ». Elle précise que « *notre système de santé doit donner toute sa place à la prévention et à la promotion de la santé, outil négligé depuis des décennies, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables* ».

2.3. LA PREVENTION DES RISQUES SUICIDAIRES SUR LE TERRITOIRE : DE POSSIBLES AMELIORATIONS MISES EN EVIDENCE EN 2012 PAR L'EVALUATION DE LA POLITIQUE REGIONALE DE LUTTE CONTRE LE SUICIDE

Les modalités de la prévention du suicide : en théorie, la nécessité d'une culture commune et d'une action coordonnée

Le dossier « Actualité et dossier en santé publique » n° 45 consacré à la prévention du suicide met en évidence **trois niveaux de prévention** :

- La **promotion de la santé**, via des actions qui permettent de répondre aux besoins des individus en termes de bien-être physique, psychique et social ;
- La **prévention du suicide, par le biais d'actions individuelles ou collectives qui agissent sur les principaux déterminants du suicide**. Cette dimension de la prévention du suicide comprend également l'identification des personnes à risque, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques, toutes mesures générales qui limitent l'accès aux moyens du suicide ;
- **L'intervention en cas de crise suicidaire** comprenant des actions appropriées à chacune des étapes de la crise : phase d'idéation, phase d'intention, phase de programmation de l'acte suicidaire ;

A cela s'ajoute la postvention, qui consiste en l'accompagnement de l'entourage des personnes suicidées ou ayant fait une tentative de suicide et en l'analyse causale des suicides favorisant le retour d'expériences.

L'intervention en cas de crise suicidaire se décline elle-même selon plusieurs étapes. Le professeur de psychiatrie Jean-Louis TERRA⁸ distingue ainsi trois niveaux d'intervenants :

- **Les intervenants de première ligne, qui signalent** : il s'agit de tout professionnel ou bénévole qui travaille directement ou est en contact avec des personnes potentiellement suicidaires ;
- **Les intervenants de deuxième ligne** : équipe d'intervention de crise et de soutien multidisciplinaire, qui travaillent dans différents milieux (hôpitaux, établissements scolaires, établissements pénitentiaires,...) ou dans la communauté. Ces intervenants prennent en charge l'intervention de crise auprès de personnes suicidaires.
- **Les intervenants de troisième ligne** : professionnels de psychiatrie et/ou de santé mentale, qui prennent en charge les personnes en urgence élevée qui nécessitent une intervention spécialisée.

La mise en œuvre de ces trois niveaux d'intervention suppose la construction d'une culture commune sur le suicide et sa prévention, qui a pris la forme d'une formation à grande échelle au repérage de la crise suicidaire (financée par le Ministère de la Santé).

Certains acteurs bénévoles revendiquent une place dans le domaine de la prévention du suicide. Ainsi, selon le professeur Michel DEBOUT, fondateur de l'Union Nationale de la Prévention du Suicide (UNPS), dès l'origine, la prévention du suicide est réalisée par des non-professionnels dans le cadre d'un service de téléphonie sociale. La suite du rapport d'évaluation montre que cette revendication n'est cependant pas partagée par l'ensemble des bénévoles.

Les modalités de prévention du suicide : en pratique, la nécessité d'une meilleure visibilité des acteurs en questionnant leurs rôles respectifs

Jusqu'en 2012, les mesures préventives mises en œuvre en matière de lutte contre le suicide ont porté sur le développement de la communication à destination des professionnels de santé, la mise en œuvre de dispositifs d'aides généraux et de lutte contre l'isolement, ainsi que le développement de formations au repérage de la crise suicidaire.

D'une manière globale, l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide souligne que **les actions ont davantage résulté d'initiatives locales, en fonction des possibilités et moyens à disposition des acteurs locaux, que d'une véritable stratégie** basée sur l'analyse des facteurs de risque populationnels et territoriaux. En outre, la postvention apparaît insuffisamment développée dans la région, que ce soit en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Aussi, l'une des recommandations de l'évaluation est-elle de « mettre en place une proposition systématique de prise en charge de l'entourage d'un suicidant ou d'un suicidé ».

⁸ Jean-Louis TERRA est psychiatre, chef de service au Centre Hospitalier du Vinatier à Lyon. Il est également professeur de psychiatrie à l'Université Lyon I.

La prévention du suicide se heurte à la difficulté pour les acteurs locaux de repérer les personnes en crise suicidaire. Ce constat concerne également les médecins généralistes. **Pourtant, un effort a été consacré régionalement à la formation au repérage de la crise suicidaire** (cf. ci-dessus), mais seulement 5% des participants étaient des médecins (aucun n'était généraliste).

La formation au repérage de la crise suicidaire est un axe primordial de la politique régionale de lutte contre le suicide. Sur la base d'une enquête réalisée auprès de personnes formées (109 personnes sollicitées, 33 répondants), l'évaluation 2012 de la politique régionale de lutte contre le suicide met en évidence une amélioration des capacités individuelles de repérage de la crise suicidaire pour les trois quarts des participants : ces derniers se considèrent plus à l'aise avec le sujet, plus en capacité d'agir face à une personnes en situation de crise, plus en capacité d'aborder le sujet avec les « patients » et plus en capacité de repérer et d'évaluer le risque suicidaire. En revanche, 75% des répondants émettent le souhait d'un module complémentaire. Plus récemment, une étude de l'ORS des Pays de la Loire⁹ a mis en évidence que 54 % des médecins généralistes des Pays de la Loire ont déjà suivi une formation sur le repérage et la prise en charge de patients présentant un risque suicidaire¹⁰. Les médecins qui ont suivi ce type de formation semblent aborder plus fréquemment le sujet du suicide avec leurs patients dépressifs. La grande majorité des médecins généralistes des Pays de la Loire (91 %) ont intégré le fait que questionner un patient sur ses idées de suicide ne favorise pas le passage à l'acte. Par contre, 29 % d'entre eux pensent qu'on ne peut pas faire grand-chose lorsque quelqu'un a décidé de mettre fin à ses jours. Enfin, à contre-courant des connaissances actuelles, 36 % d'entre eux pensent que les patients qui parlent de suicide ne passent pas souvent à l'acte.

Concernant les non-professionnels de la santé, l'évaluation rappelle qu'en matière de prévention, avant le PRS 2012 – 2016, **les différents documents de planification prévoyaient de mettre en œuvre des dispositifs d'aide généraux et de lutte contre l'isolement.** Il s'agissait notamment de :

- développer des lieux d'accueil et d'écoute proches, accessibles, disponibles et visibles, notamment en faveur des adolescents et des jeunes adultes ;
- de créer des lieux d'aide et d'écoute spécifiques autour du suicide et de les faire connaître en tant que tels.

Cette forme de prévention entendait s'adresser à des publics en situation de vulnérabilité ou de souffrance psychique et œuvrer tant en termes de lutte contre l'isolement, que de prévention des conduites à risques.

Face à ces objectifs, l'évaluation 2012 de la politique régionale de lutte contre le suicide constate la difficulté de bien connaître l'offre et de mesurer son efficacité. Elle précise : *« il y a une absence de visibilité sur les structures d'accueil et d'écoute. Il semble qu'il y ait beaucoup de points d'écoute, de nature très diverse (portés par les missions locales, les CHR, les Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation (PAIO), les MDA, différentes associations, dont c'est ou non la mission unique, notamment des centres de distribution alimentaire...), mais l'offre n'est pas lisible et pas toujours connue des professionnels. [...] Il y a une grande diversité également du type*

⁹ Source : ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire, « Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire », N° 6, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine libérale. 4 p, 2013

¹⁰ Dont 17% au cours des trois dernières années

d'offre proposée avec notamment la distinction entre les structures qui ne font que de l'accueil téléphonique sans face à face direct avec la personne, sous forme d'écoute anonyme, qui sont souvent des déclinaisons régionales, voire départementales, des associations nationales et celles qui font de l'accueil physique, qui sont souvent les plus difficiles à identifier. Par ailleurs, les investigations font également ressortir des pratiques diverses en termes de modalités de fonctionnement qui ne sont pas toujours connues ni claires pour les usagers potentiels et encore moins pour les professionnels de santé. »

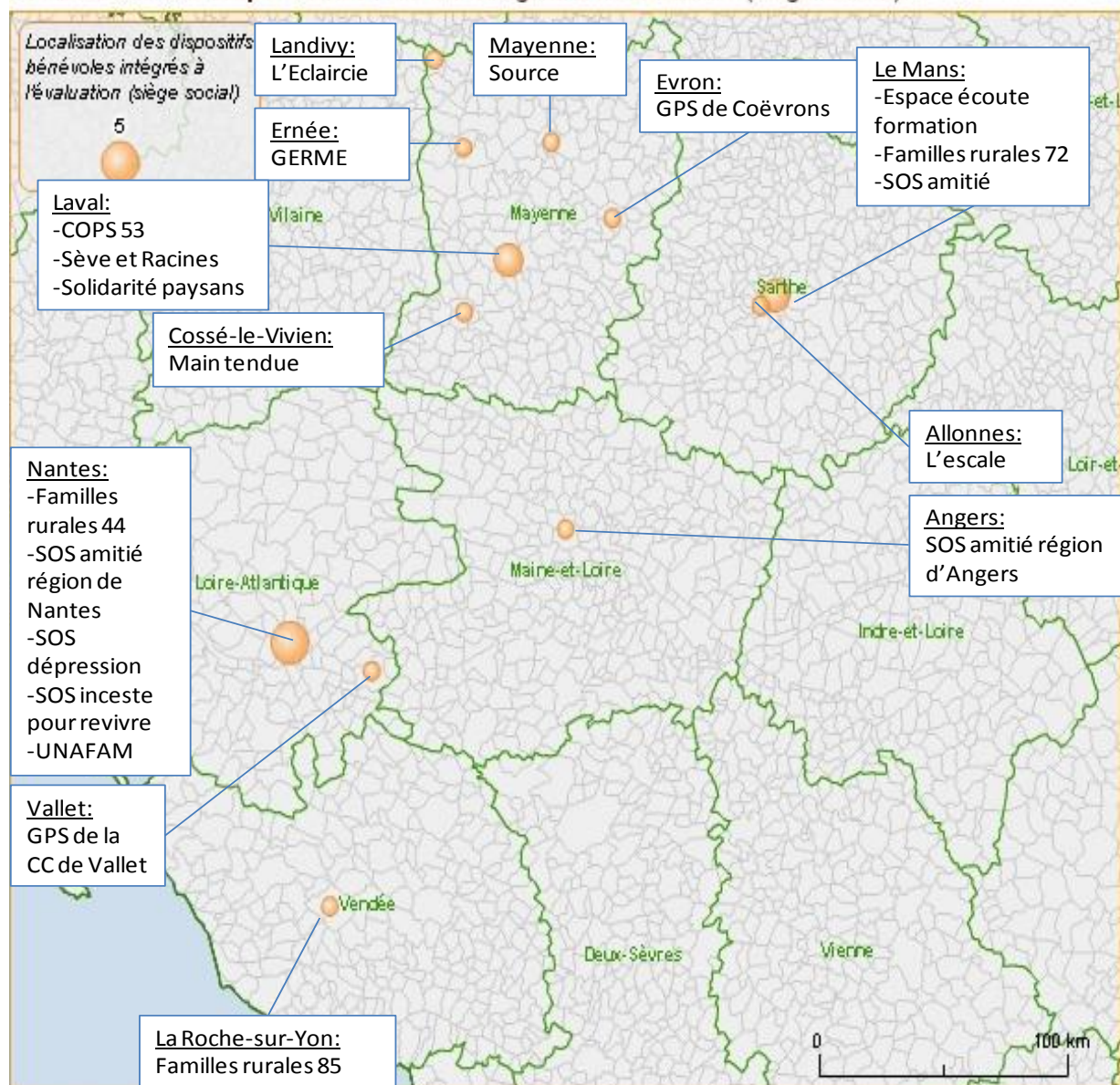
Les sections suivantes ont, par conséquent, vocation à expliciter le fonctionnement et les apports d'une partie de ces dispositifs d'accueil et d'écoute, en l'occurrence, les dispositifs mis en œuvre par des bénévoles.

III. ETAT DES LIEUX DES DISPOSITIFS BENEVOLES DE PREVENTION DU SUICIDE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

3.1. DES PORTEURS DES DISPOSITIFS BENEVOLES TRES DIVERSIFIES

Les 20 structures intégrées à l'évaluation sont réparties dans les cinq départements des Pays de la Loire¹¹. La localisation de leur siège social est représentée dans la carte ci-dessous :

Localisation des dispositifs bénévoles intégrés à l'évaluation (siège social)



¹¹ Pour rappel, les 20 structures intégrées à l'évaluation ne représentent pas l'ensemble des dispositifs bénévoles intervenant sur le territoire ligérien.

La très grande majorité des structures gérant des dispositifs bénévoles objet de l'évaluation sont des associations (17 sur 20). Deux n'ont pas de statut : il s'agit du GPS du Pays de Coëvrons et du Groupe d'Ecoute, de Rencontres et de Mise en relation au pays de l'Ernée - GERME (tous deux membres du Collectif pour la prévention du suicide et du mal-être de Mayenne - COPS 53). Ce sont des groupes informels, qui réunissent des institutionnels ou des bénévoles souhaitant agir pour la prévention du suicide. Enfin, l'Escale est un service porté par le CCAS d'Allonnes. Parmi les structures associatives, trois sont devenues associations après leur création (GPS de la Communauté de Communes de Vallet, Source et Main Tendue). Cette évolution a été souhaitée pour faciliter la visibilité des structures et l'obtention de subventions. A noter enfin, l'agrément comme organisme de formation d'Espace Ecoute Formation.

L'ancienneté des structures est très variable : de 42 ans pour la plus ancienne à 4 ans pour la plus récente. 7 ont été créées avant 1990, 6 ont été créées entre 1994 et 2000 et 7 ont été créées entre 2003 et 2007.

Sur les 20 structures interrogées, 9 sont affiliées à une association ou fédération nationale. C'est le cas des associations de SOS Amitié, des Familles Rurales, de l'UNAFAM, du COPS 53 et de Solidarité Paysans 53. Les fédérations ou associations nationales ont pour rôle de définir les grandes orientations des mouvements associatifs, d'être les interlocuteurs des pouvoirs publics au niveau national mais surtout d'être des ressources pour les structures locales. Les structures locales sont autonomes dans la définition de leurs interventions ou dans la mise en place de leur organisation. Dans le cas de SOS Amitié, les associations locales sont autonomes et gèrent leur budget propre. Elles définissent également indépendamment leurs modalités de recrutement et de formation des bénévoles. En revanche, toutes les associations SOS Amitié ont en commun une charte déontologique de l'écouter qu'elles s'engagent ainsi que leurs adhérents à respecter. Les fédérations départementales et les associations locales des Familles Rurales sont autonomes pour développer des actions en réponse aux besoins repérés sur le terrain. Quant au COPS 53, en tant que membre de l'Union nationale pour la Prévention du Suicide, association composée de 36 adhérents (dont 2 dans les Pays de la Loire : le COPS 53 et « Au cœur des Flots »), il contribue à l'organisation et à la promotion de la Journée nationale de Prévention du Suicide. Son rôle en tant qu'association départementale est décliné plus bas.

A souligner la **spécificité du COPS 53 qui est ainsi un collectif départemental doté du statut associatif** composé de membres fondateurs¹² et de personnes morales représentantes d'associations déclarées ou d'associations de fait (telles que GERME, Sève et Racines, Main Tendue, Source, le GPS du Pays de Coëvrons, l'Eclaircie). Ces membres ont décidé de se fédérer pour définir et promouvoir en Mayenne la prévention citoyenne du mal-être et du suicide, en s'appuyant sur une approche territorialisée. Chaque membre du collectif a son propre projet, sa propre activité et son propre territoire (les actions des différents membres sont décrites dans la section relative aux activités des dispositifs bénévoles).

¹² Le centre de soins infirmiers de Saint Pierre la Cour, La Croix-Rouge (départementale et antenne de Mayenne), la Fédération départementale de l'ADMR, le GERME, la Pastorale de la Santé, la Délégation Départementale du Secours Catholique, l'Association Sève et Racines.

D'après leur statut, la représentation géographique des structures va du local au national :

- **8 structures ont ainsi une vocation locale.** Cette catégorie est notamment composée des six membres du COPS 53 concernés par l'évaluation, ainsi que du GPS de la Communauté de Communes de Vallet et de l'Escale, en lien avec son rattachement au CCAS d'Allonnes.
- **7 une vocation départementale** (il s'agit en particulier des fédérations départementales de Familles Rurales, du COPS 53, de SOS Amitié Région d'Angers, de SOS Dépression 44, de Solidarité Paysans 53).
- **3 structures ont une vocation supra-départementale :** SOS Amitié Région de Nantes (dont les statuts prévoient qu'elle couvre outre la Loire-Atlantique, la Vendée, la Mayenne et le Maine-et-Loire), SOS Amitié Région du Mans (dont les statuts prévoient qu'elle couvre la Sarthe, la Mayenne et l'Orne) et Espace Ecoute Formation pour son activité de formation.
- **L'UNAFAM a une vocation régionale :** cette structure est organisée en délégation régionale, délégations départementales et permanences locales.
- **1 structure a une vocation nationale :** SOS Inceste pour Revivre.

Dans les faits, la représentation géographique de certaines structures ne se confond pas toujours avec le périmètre d'intervention des dispositifs bénévoles. Certains dispositifs peuvent avoir une activité qui dépasse la représentation géographique prévue dans les statuts (ex : activité d'écoute téléphonique) ou au contraire, une activité plus ciblée sur certains territoires. Pour illustration :

- Les statuts des associations SOS Amitié indiquent le territoire que couvrent les postes d'écoute. Dans les faits, chaque poste d'écoute peut être contacté de n'importe où en France voire à l'étranger, dès lors que la personne a identifié le numéro de téléphone sur Internet ou sur une plaquette de communication.
- Quant à l'association SOS Dépression 44, elle reçoit des appels téléphoniques de tout le département et au-delà, mais ses groupes de paroles sont localisés à Nantes.
- Familles Rurales de Vendée est une fédération départementale mais les groupes de paroles ont lieu à la Roche-sur-Yon.

3.2. DES INITIATIVES BASEES SUR L'IDENTIFICATION LOCALE D'UN BESOIN SANS REFERENCE A LA STRATEGIE REGIONALE DE PREVENTION DU SUICIDE

Les conditions d'émergence des dispositifs bénévoles : une création souvent basée sur l'identification ou l'expression d'un besoin

Les dispositifs bénévoles ont été créés soit :

- **sur la base de besoins repérés localement par des personnes ou des institutions exerçant une fonction d'aide envers leur concitoyens** (élus locaux, élus de la MSA, professionnels de santé, bénévoles engagés dans des associations caritatives ou service diocésain de la Pastorale de la Santé,...). Cette identification des besoins n'a pas toujours donné lieu à une réflexion partagée avec d'autres acteurs locaux (CCAS/CIAS, CLIC, élus, services sanitaires et sociaux de l'Etat, CMP,...).

On distingue ainsi des dispositifs ayant émergé suite à l'identification partagée (L'Escalier, COPS 53, Main Tendue, GERME, Espace Ecoute Formation, GPS de la communauté de commune de Vallet) ou non (l'Eclaircie, SOS Amitié) d'une surmortalité par suicide sur le territoire ou de personnes en souffrance pour lesquelles il n'existait pas de réponse.

Les structures précédées d'une réflexion partenariale sur les besoins et les moyens d'y répondre sont aujourd'hui généralement bien implantées dans le réseau local d'acteurs et travaillent en lien avec des professionnels du secteur social et médico-social. Quant aux liens avec les professionnels de santé, ils sont plus ou moins étroits selon les territoires (cf. section sur l'articulation entre bénévoles et professionnels).

- **Sur la base d'une initiative ou d'une demande de personnes elles-mêmes concernées par la souffrance psychique et le mal-être.**

SOS Dépression 44, SOS Inceste pour Revivre, Solidarité Paysans 53, UNAFAM ont ainsi été créés par des personnes qui ne trouvaient pas de réponses adaptées à leur situation. Les associations Familles Rurales de Vendée et de la Sarthe, qui visent, notamment à répondre aux besoins des familles et à accompagner les parents dans leur mission d'éducation, ont monté des projets visant à aider les personnes en souffrance psychique en réponse à une demande de leurs adhérents.

L'analyse des besoins et des réponses à mettre en place ne s'appuie pas, à quelques rares exceptions, sur les analyses et les programmes de prévention du suicide élaborés au niveau régional (Projet régional de santé) ou national (Programme national d'action contre le suicide). Elle prend sa source sur l'observation et les remontées du terrain.

Des dispositifs bénévoles encadrés par des finalités conformes au Projet régional de santé n'ayant pas le plus souvent pour objectif explicite la prévention du suicide

La lecture des statuts des associations et les échanges avec les responsables des structures mettent en évidence **trois types de finalités** :

- Des structures dont l'objectif est de **lutter contre l'isolement de populations généralement identifiées comme fragiles** (population résidant en milieu rural, agriculteurs,...).
 - Ainsi, les associations du mouvement Familles Rurales entendent développer le lien social et dynamiser les territoires ruraux, afin d'améliorer les conditions de vie des familles ;
 - Solidarité Paysans 53 vise à accompagner et défendre les agriculteurs en difficulté financière et leurs familles pour lutter contre les exclusions et conforter leur autonomie ;

Ce premier type de structures n'a pas d'orientations explicitement formulées en matière de prévention du suicide.

- Des structures dont l'objectif est d'**apporter une aide, un espace de parole à des personnes en souffrance psychique** :
 - SOS Amitié a pour finalité de proposer une écoute 24h/24 et 7jours/7 à des personnes isolées et/ou en souffrance. Les associations de ce mouvement affichent clairement un objectif de prévention du suicide, bien qu'elles affirment également être un dispositif d'écoute généraliste, destiné à toute personne qui a besoin d'être écoutée. Ainsi, il est inscrit en tête de la charte éthique de SOS Amitié que l'objectif premier, mais non exclusif, de l'association est la prévention du suicide.
 - SOS Dépression 44 entend proposer une aide aux personnes dépressives, bipolaires et/ou angoissées et à leur entourage. Parmi les objectifs que l'association se donne figure également « prévenir le suicide ».
 - Espace Ecoute Formation est un organisme de formation, qui s'est donné comme objectif de former à l'écoute humaniste et de développer les compétences relationnelles des professionnels ayant à établir une relation d'aide avec leurs usagers (secteurs social, médico-social et médical). La structure vise également à mettre en place des lieux d'écoute en milieu rural, les Intervals de l'Ecoute, au bénéfice des populations rurales du Perche Sarthois. Ces lieux ont pour objectifs d'améliorer la prise en compte du mal être, de la dépression, du suicide et des tentatives de suicide, de restaurer le lien social et affectif, de développer les compétences psycho-sociales des habitants, d'apporter un soutien moral, dans une approche centrée sur la personne et sur sa capacité à devenir acteur de sa santé et de faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun. Pour l'heure, un dispositif a été implanté sur la commune de Montfort-le-Gesnois.
 - Le dispositif « L'Escale », porté par le CCAS d'Allonnes a pour objet de soutenir les personnes dans leurs difficultés et de les rendre acteurs de leur santé par un accueil de proximité, une écoute, des animations et des actions autour de la

santé, de maintenir et développer le lien social, d'informer et orienter vers les ressources locales et de favoriser la participation des personnes au développement d'une dynamique santé pour la ville. La prévention du suicide n'est donc pas un objectif explicite de l'Escale.

- SOS Inceste pour Revivre a, essentiellement, vocation à aider et accompagner les victimes d'inceste, ainsi que les proches qui souhaitent aider une victime. L'association contribue également à lutter contre l'inceste, notamment en faisant des sensibilisations et des informations en lycée, mais aussi en organisant des conférences ou en participant à des actions avec d'autres associations afin de faire connaître et de favoriser une meilleure compréhension de la problématique.
- L'UNAFAM propose de soutenir les familles et les proches des personnes ayant des troubles psychiques et de contribuer à déstigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiques.

Dans ce cas de figure, la prévention du suicide est souvent une orientation clairement formulée, mais cet affichage n'est pas systématique et, dans tous les cas, ne constitue pas la finalité ou l'objectif unique de la structure.

- Des structures dont l'objectif est plus directement de **prévenir la crise suicidaire, en s'adressant à des personnes ayant des idées suicidaires et/ou en créant un collectif de partenaires** capables d'agir.

- Le GPS de la Communauté de Communes de Vallet souhaite soutenir et briser l'isolement de tous ceux qui sont touchés par le suicide, les personnes qui sont tentées par le suicide ou qui ont déjà tenté de se suicider, leur entourage ainsi que les personnes endeuillées.
- Pour le COPS 53 et ses membres, il s'agit, dans le cadre d'une approche territorialisée, de définir et promouvoir en Mayenne la prévention citoyenne du mal-être et du suicide et de mettre en réseau les acteurs associatifs, les élus territoriaux, les services publics et les professionnels concernés.

Comme indiqué plus haut, au sein du COPS 53, chaque membre adhère évidemment à la finalité du collectif, mais poursuit également un objectif propre. Ainsi, certains visent avant tout un maillage du territoire (Main Tendue, GPS du Pays de Coëvrons). D'autres entendent également proposer directement une aide aux personnes en souffrance (c'est le cas des veilleurs de GERME ou de l'Éclaircie) ou à des personnes endeuillées par le suicide d'un proche (c'est le cas des bénévoles de Source et de Sève et Racines).

Les finalités recherchées par les structures sollicitées correspondent en tout ou en partie aux objectifs du dispositif bénévole qu'elles portent. En effet, selon les cas, les dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique représentent l'ensemble de l'activité des structures (15 structures sur 20), ou une partie seulement (5 structures sur 20). Dans le premier cas, il s'agit surtout des structures proposant des activités d'écoute mais aussi des collectifs comme le GPS de la Communauté de Communes de Vallet et les COPS 53. Dans le second cas, il s'agit de dispositifs intégrés à des structures ayant un objet plus large que la lutte contre la souffrance psychique ou la prévention du suicide, telles que les associations du mouvement des Familles Rurales, Solidarité Paysans 53, l'Escale et

l'UNAFAM. Les réponses bénévoles ont alors été développées après la création de l'association en réponse à des besoins exprimés par les adhérents des structures.

En bref, parmi les dispositifs bénévoles :

- **Une seule structure**, le GPS de la Communauté de Communes de Vallet **visé explicitement l'accompagnement des personnes suicidaires**, via de la veille et de l'écoute.
- **Prévenir le suicide est un objectif pour 12 structures sur 20. A cela s'ajoute deux actions**, l'une portée par Familles Rurales de Vendée, l'autre par Familles Rurales de la Sarthe, structures qui n'ont pas d'objectifs en matière de prévention du suicide mais ont développé des actions dans cette perspective en réponse à un besoin des adhérents.

Cet objectif peut être mis en œuvre de manière très diversifiée en proposant de l'écoute, de la veille, des actions de sensibilisation/promotion de la prévention du suicide, des groupes de paroles à des personnes endeuillées, des groupes de paroles pour des personnes dépressives. Certaines structures proposent plusieurs types d'actions (cf. section relative aux actions réalisées).

- **5 structures formulent des objectifs visant davantage à apporter un soutien aux personnes isolées, à maintenir et développer le lien social.** La concrétisation de cet objectif passe par des actions d'écoute, des groupes de paroles, de la veille correspondant à des visites de courtoisie, des actions de sensibilisation.

Ces objectifs sont mentionnés dans les actions de communication des structures. Mais, parmi les bénévoles rencontrés, certains n'associent pas leur rôle à un objectif de prévention du suicide, y compris des bénévoles qui appartiennent à des dispositifs affichant pourtant cette dimension. L'accompagnement des personnes suicidaires est un rôle qui suscite encore davantage de réactions de rejet.

En correspondance avec ces objectifs, les structures étudiées mettent en œuvre une ou des activités en direction des personnes en souffrance psychique. **Cinq catégories d'actions** majoritairement réalisées par des bénévoles peuvent être identifiées :

- **Des activités de veille,**

Ces activités visent à **aller vers des personnes repérées** comme étant en souffrance et à leur offrir la possibilité de s'exprimer si elles le souhaitent. Il y a donc, **suite à une phase de repérage exercée par des partenaires, une démarche active des bénévoles** pour aller à la rencontre des personnes. La veille prend la forme d'une observation et d'une **attention bienveillante**. Les bénévoles se donnent alors pour mission de **créer une relation de confiance et un espace d'échanges** avec la personne en souffrance. Si nécessaire, ils alertent la famille, les professionnels de santé (médecins traitants ou psychiatres), voire le Samu ou les Pompiers.

Deux types de veille sont à distinguer :

- une veille ayant une vocation sociale, visant à rompre la solitude de la personne, à lui permettre de passer un moment agréable,

- une veille, moins fréquemment développée, ayant une vocation clairement orientée vers l'accompagnement des personnes suicidaires. Ce type de veille induit des pratiques de repérage des risques suicidaires.
- **Des activités d'accueil et d'écoute de personnes en souffrance,**
 Dans le cadre d'une **rencontre individuelle (par téléphone, Internet ou en face à face)**, les activités d'écoute et d'accueil des personnes en souffrance correspondent également à un espace de parole mais, dans ce cas, ***l'initiative vient de la personne, qui peut s'exprimer librement, le temps qu'elle souhaite, sans cadre strict et sans objectif fixé à l'entretien.*** Les bénévoles n'ont pas pour rôle d'aller vers les personnes pour leur proposer un temps d'écoute. La très grande majorité des dispositifs bénévoles s'appuie sur les ***principes de l'écoute préconisés par Carl Rogers.*** Cette écoute est ***centrée sur la personne*** : elle est basée sur l'empathie, l'authenticité, le non-jugement et la non-directivité.
- **Des activités de groupes de paroles.**
 Ce type d'activité offre aussi des espaces de paroles, dont la spécificité est de ***viser le partage d'expériences et d'émotions entre pairs*** (c'est-à-dire entre personnes ayant la même souffrance), ***en la présence d'un tiers animateur/régulateur.***
- **La création de collectifs rassemblant différents types d'acteurs** (acteurs institutionnels, élus, services sociaux, associations, citoyens,...). Ces groupes ont pour finalité de ***créer une culture commune sur un territoire autour du mal-être et de la prévention du suicide*** et de ***donner à chacun la capacité d'agir*** face à un risque suicidaire.
- **Des activités de sensibilisation, d'information** en lien avec le mal-être, la souffrance, ou plus directement avec le suicide et sa prévention.

Les actions des dispositifs bénévoles sont donc diversifiées. L'écoute téléphonique est l'activité qui couvre la plus grande partie du territoire car elle est proposée par des dispositifs départementaux. Les autres types d'activité sont beaucoup plus localisés. Le détail des objectifs et de l'organisation des actions est présenté dans la section suivante.

3.3. AUX COTES DE L'ACTIVITE CENTRALE D'ECOUTE, D'AUTRES TYPES D'INTERVENTION INDIVIDUELLE OU COLLECTIVE

Les activités de veille : de la création du lien social au repérage et à l'accompagnement des personnes avec comportement suicidaire

Cinq structures peuvent être considérées comme proposant une activité de veille à leurs usagers : Familles Rurales 44, Familles Rurales 72, GERME, l'Eclaircie et le GPS de la Communauté de Communes de Vallet.

Les dispositifs bénévoles mis en place par ces cinq structures **ont en commun d'aller vers** des personnes repérées comme fragiles, isolées, en souffrance et de leur porter une attention pour

leur permettre d'aller mieux. Néanmoins, ils n'ont **ni tout à fait les mêmes finalités, ni les mêmes modalités de mise en œuvre.**

Concernant les finalités, **deux dispositifs se situent plutôt dans la création du lien social**, pour éviter à des personnes de rester seules :

- L'action Un Jour Part'Âgé de Familles Rurales 44 propose des animations collectives à des personnes isolées socialement, qui ne peuvent plus se déplacer : il s'agit de leur permettre de sortir de chez elles, de rencontrer d'autres personnes. Ce qui prévaut dans cet accueil n'est pas l'animation au sens de l'activité, mais l'animation au sens d'échanges humains, recréant le lien social appauvri, voire perdu.
- Dans la Sarthe, les Voisineurs de Familles Rurales 72 réalisent des visites de convivialité, qui vont à la fois permettre à la personne de s'exprimer, mais aussi de réaliser des actes de la vie quotidienne qu'elle ne peut plus faire seule : aller chez le médecin, faire ses courses, lire, se promener,... En complément, les bénévoles organisent parfois des actions collectives, pour sortir de la relation individuelle entre le bénévole et le bénéficiaire et permettre aux personnes âgées de se resocialiser.

Les trois autres dispositifs de veille s'adressent, a priori, à des personnes présentant un risque suicidaire plus élevé :

- Le GPS de la Communautés de Communes de Vallet a formé plus de 100 sentinelles bénévoles au repérage des situations de souffrance psychique et de crise suicidaire. Lorsqu'elles détectent une personne en détresse, les sentinelles rapportent la situation à un membre de l'association (Président, écoutant de permanence, psychologue assurant la supervision des écoutants,...). De la même manière, l'alerte peut être donnée par les acteurs de proximité (ex : pompiers, aides à domicile, directeur d'EHPAD,...). A la suite d'une alerte, une sentinelle et un écoutant du GPS résidant sur la commune concernée contactent la personne et proposent de la rencontrer à son domicile ou au local du GPS à Vallet. Un nouveau rendez-vous avec les bénévoles ou une orientation vers le médecin traitant, un psychiatre, un psychologue, un service social,...peuvent alors être proposés.
- Dans le cas de GERME, qui ne dispose ni de locaux, ni de numéro de téléphone, les veilleurs ne sont pas identifiés par la population. Ils interviennent en contactant la personne ou un de ses proches dès lors qu'ils identifient une situation de souffrance (eux-mêmes ou par le bouche à oreille) ou qu'ils sont alertés par une structure du territoire.
- L'Eclaircie a un fonctionnement similaire : les bénévoles (environ un sur chacune des neuf communes du canton de Landivy) ont pour mission de soutenir les personnes et les familles. La population est informée de ce service oralement ou par le biais d'affiches.

A noter que les veilleurs de GERME et de l'Eclaircie indiquent qu'ils accompagnent des personnes en souffrance psychique, souffrant de solitude, voire de dépression. Ils ne centrent pas leur action sur l'accompagnement des personnes suicidaires.

Concernant les modalités de mise en œuvre,

- Quatre dispositifs sur cinq correspondent à des visites à domicile. La veille est réalisée par des sentinelles (dans le cas du GPS de la Communauté de Communes de Vallet), par des veilleurs (dans le cas de GERME ou de l'Eclaircie) ou par des « Voisineurs » dans le cas de Familles Rurales 72. L'intervention est déclenchée par une alerte du réseau ou par les veilleurs eux-mêmes qui repèrent une situation de vulnérabilité.
- Le quatrième, Un Jour Part'Âgé, consiste en des activités collectives, qui ont lieu dans des salles municipales. Les personnes sont encadrées par des professionnels (une animatrice) et des bénévoles.

A noter que d'autres territoires envisagent la mise en place d'un GPS et ont rencontré celui de la Communauté de Communes de Vallet pour s'informer : les Mauges, la communauté de communes de Loire-Divatte et la commune de Château-Gontier, que le COPS 53 accompagne dans sa démarche. Mais, si l'on considère l'activité du GPS du Pays de Coëvrons, centrée sur les actions de sensibilisation et d'information, tous les GPS n'ont pas vocation à mettre en œuvre des actions de veille.

Concernant les autres dispositifs, on considère dans le présent document qu'ils ne font pas de veille, au sens où il n'y a pas de processus de repérage, d'alerte et de démarche « d'aller vers » des personnes en détresse.

Les activités d'écoute : une écoute généraliste, centrée sur la personne, visant la libre expression

Les activités d'écoute sont **réalisées par 10 structures** au titre de leur activité principale et par 4 structures au titre d'une activité secondaire.

Plusieurs modalités d'écoute sont repérées : écoute par téléphone, chat ou messagerie ou écoute en face à face.

Hormis deux structures, toutes ont une approche de l'écoute suivant les principes de Carl ROGERS. L'écoute doit être généraliste (ou globale), centrée sur la personne et non directive. Elle est aussi inconditionnelle, c'est-à-dire que toute sollicitation doit être prise en considération, sans jugement de valeur sur les propos ou comportements de l'interlocuteur. L'échange entre l'écouter et l'écouter doit permettre la mobilisation des ressources et potentiels de l'écouter. Dans les deux autres structures, l'écoute est plutôt basée sur l'empathie des bénévoles.

L'écoute est la conséquence d'une démarche volontaire de la personne. A la différence des activités de veille, les écoutants n'ont pas de démarche d' « aller vers ».

Les principes d'anonymat et de confidentialité sont également fondamentaux. A SOS Amitié, la charte nationale impose l'anonymat de l'écouter comme de l'écouter et la confidentialité absolue des propos entendus. Dans le cadre de l'écoute en face à face, ses principes sont également importants.

L'écoute est réalisée de la même manière quelque soit le profil de l'utilisateur. Selon un des responsables de structures, une fois l'appel pris, « *c'est ensuite du cousu main. C'est une rencontre singulière entre deux êtres. C'est une rencontre fragile : il y a un risque pour l'appelant et un risque pour l'écouter* ».

Si les principes déontologiques d'écoute sont globalement similaires dans l'ensemble des structures, l'organisation diffère cependant d'un dispositif bénévole à l'autre.

L'écoute téléphonique, par messagerie ou chat

L'écoute téléphonique, par chat ou par messagerie a lieu **dans un local dédié à cet objet** : la plupart des responsables de structures affirment l'importance de ce lieu pour préserver les bénévoles et la qualité de l'écoute¹³, bien que cela puisse poser des problèmes logistiques à des écoutants parfois éloignés de ce lieu. Ainsi, un des responsables de dispositifs a refusé de répondre à une sollicitation de bénévoles demandant à réaliser l'écoute téléphonique depuis leur domicile. A l'inverse, dans une des petites structures interrogées, il apparaît que certains bénévoles communiquent parfois leur numéro de téléphone personnel aux appelants. C'est le seul cas de figure repéré.

L'écoute est réalisée par un écoutant généralement seul dans le local, à l'exception des phases de formation. En effet, la plupart des postes d'écoute disposent d'une ligne unique de téléphone. Seul SOS Amitié Région du Mans dispose, depuis 3 ans, d'une seconde ligne, qui fonctionne en soirée pour faire face à l'affluence d'appels (de 18h à minuit)¹⁴.

Concernant les amplitudes horaires, les associations SOS Amitié et la cellule écoute du GPS de la Communauté de Communes de Vallet ont vocation à proposer un service 24h/24, sept jours sur sept. L'activité des SOS Amitié est cependant sans commune mesure avec l'activité du GPS de Vallet. Au sein du groupe de prévention du suicide de Vallet, le Président de l'association estime à 4 ou 5 le nombre d'appels par semaine, contre en moyenne 270 pour les associations SOS Amitié. SOS Amitié estime atteindre entre 60% et 70% de la couverture horaire des permanences téléphoniques : les créneaux les plus difficiles à couvrir se situent la nuit, entre minuit et 8h du matin (pour une des structures, les difficultés se posent dès 22h30). Lorsqu'il n'y a pas d'écouter, un répondeur invite l'appelant à contacter une autre plateforme d'appels. De même, lorsque la ligne est occupée, soit un répondeur invite l'appelant à renouveler son appel, soit l'appelant déduit de la sonnerie qu'il devra rappeler plus tard. A l'heure actuelle, il n'y a pas de basculement automatique des appels vers les postes disponibles mais c'est à l'étude avec l'INPES. Cela permettrait d'envisager à l'avenir un numéro unique. Il pourrait s'agir d'un numéro standard européen (SOS Amitié fait partie d'une fédération internationale, regroupant des acteurs de l'écoute dans 20 pays – IFOTES, soit la fédération internationale des services de secours par téléphone).

Dans les autres structures, l'écoute est proposée de manière plus ponctuelle : 2h quatre fois par semaine, deux fois 2h par semaine (hors week-end et nuit), ou de manière plus épisodique, sans que des créneaux très précis soient déterminés. Dans ce cas, les bénévoles

¹³ L'écoute dans un espace dédié doit permettre à l'écouter de se consacrer entièrement à l'appelant, d'être totalement disponible pour lui.

¹⁴ A la demande de la fédération, une seule ligne fonctionne en journée.

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

disposent généralement d'un portable, qu'ils conservent sur une période donnée pendant laquelle ils doivent répondre aux appels.

La durée moyenne des appels est très variable : de 15 à 30 minutes selon les structures.

Seule une structure réalise l'écoute téléphonique sur rendez-vous. Dans les autres cas, les appels sont pris directement.

L'écoute par messagerie ou chat a été proposée pour répondre aux besoins de populations qui n'utilisent pas facilement le téléphone, en particulier les jeunes ou les personnes plus timides. Cette modalité d'écoute est offerte par SOS Amitié et par SOS Inceste pour Revivre. L'écoute par chat est organisée au niveau national. Elle se déroule entre 19h et 23h. La durée moyenne d'un chat est de 31min. Quant à la messagerie, les réponses sont apportées sous 48h maximum, y compris si le message est vide. En 2012, le délai moyen de réponse est de 21h47.

L'écoute en face à face

L'écoute en face à face respecte les mêmes principes déontologiques que l'écoute téléphonique.

Elle se déroule sans ou sur rendez-vous. **La principale différence avec l'écoute téléphonique est qu'elle est généralement assurée par un binôme de bénévoles (sauf dans une structure).** Le recours à deux bénévoles est justifié par différentes raisons, selon les structures :

- La volonté d'être le plus attentif possible aux personnes écoutées,
- La volonté de réduire les risques de dépendance entre un usager et un bénévole,
Ce risque a été évoqué par plusieurs responsables de structures. Pour y remédier, outre le binôme, les structures exigent que les usagers changent systématiquement d'écouter.
- La volonté de préserver les bénévoles face à des histoires difficiles à entendre.
- La volonté de distinguer l'écoute en face à face d'une relation thérapeutique.

Dans la plupart des structures, l'écoute en face à face se déroule sur des temps dédiés à l'écoute. Ce n'est pas le cas des Intervalles de l'Ecoute, créés en 2009 par Espace Ecoute Formation en partenariat avec le Centre social de Montfort-le-Gesnois, qui copilote le dispositif : l'écoute est ici proposée au moment de la distribution des colis alimentaires.

Les permanences d'écoute en face à face ont lieu ponctuellement : une fois tous les 15 jours, une fois par semaine, quatre après-midi par semaine, en fonction des besoins, une fois tous les trimestres à des horaires et des jours différents,...

Les activités de groupes de paroles : un échange d'expériences régulé par un binôme d'animateurs

6 structures proposent des groupes de paroles.

Les groupes de paroles sont souvent moins généralistes que les activités d'écoute et s'adressent à un public plus spécifique : personnes dépressives pour SOS Dépression, victimes d'inceste pour SOS Inceste pour Revivre, aidants familiaux pour l'UNAFAM, agriculteurs en difficulté pour Solidarité Paysans 53...Plusieurs groupes de paroles sont dédiés aux personnes endeuillées. C'est le cas des groupes proposés par Familles Rurales de Vendée et de la Sarthe et par l'association Sève et Racines.

L'animation de ces groupes de paroles est très souvent confiée à des professionnels (psychologues) **intervenant à titre gracieux ou rémunérés, secondés ou non par des bénévoles.** Les échanges avec les responsables de structures n'ont pas systématiquement mis en évidence l'utilisation d'outils spécifiques utilisés pour la conduite de ces réunions, si ce n'est l'édition des règles du jeu, concernant notamment la confidentialité des informations échangées lors des groupes, le respect de la parole ou du silence de l'autre,... Les intervenants psychologues sont ainsi présents pour réguler les échanges et assurer la progression de la discussion. On peut toutefois citer l'exemple d'un groupe de paroles à destination de jeunes endeuillés dans lequel intervient un art-thérapeute. Dans la même association, un groupe de parole à destination d'adultes cette fois s'appuie sur la planification du déroulement des différentes séances.

Les groupes de paroles sont ouverts (les personnes viennent quand elles le souhaitent), dans 4 structures sur 6, **ou fermés** (les personnes s'engagent à respecter une certaine assiduité sur une période donnée, généralement de quelques mois). La fréquence des groupes est très variable d'une structure à l'autre : hebdomadaire à SOS Dépression 44, bimensuelle à Familles Rurales 72, biannuelle à l'UNAFAM,...

Le nombre de participants ne dépasse généralement pas 15 personnes. Les plus petits groupes de paroles réunissent 4 à 5 personnes. Cependant, les groupes ouverts peuvent avoir plus de difficulté au niveau de la fréquentation, même si les structures constatent une certaine régularité des participants avec le temps.

L'objectif des groupes de paroles est de permettre aux personnes d'échanger entre elles. Le rôle des animateurs n'est pas tant de conseiller que de garantir le respect des règles et du cadre de la discussion, en s'assurant notamment que chacun puisse s'exprimer et qu'il n'y ait pas de jugement porté. L'aide doit venir des participants eux-mêmes.

Les activités de sensibilisation, d'information et de formation : des actions inscrites dans un cadre partenarial visant l'amélioration des connaissances de la population

Nombreuses sont les structures qui proposent des activités de sensibilisation et d'information. Soit elles sont à l'initiative de ces actions, soit elles contribuent à leur réalisation. **Seules 6 structures n'interviennent pas dans ce domaine, mais peu ciblent expressément le suicide** : elles abordent plutôt le mal-être, la solitude, le deuil,...

Sans doute pour accroître leur rayonnement, les actions de ce type **s'appuient souvent sur un événement national**, en particulier les Journées Nationales de Prévention du Suicide, ou la Semaine de la Santé Mentale. Elles peuvent également être organisées à l'occasion de manifestations plus locales, telles que les forums du Bien Vieillir.

Le plus souvent, il s'agit de conférences-débat. Pour exemple, les thèmes suivants ont été, entre autres, abordés en 2012/2013 : « l'importance du travail de deuil », « la solitude après la mort de son conjoint », « mal-être, déprime, dépression : si on en parlait ? », « Mal-être dans le monde agricole : c'est toute la société qui va mal » ...Ces conférences sont ouvertes à tous publics. Elles touchent majoritairement des particuliers (et mobilisent moins les professionnels). **L'ensemble des conférences font intervenir des professionnels** (psychologues, psychiatres, sociologues, sophrologues,...). Certaines structures, rares, constatent, pourtant, une difficulté à trouver des tels intervenants professionnels. Ces actions sont quasi systématiquement montées en partenariat avec d'autres associations et acteurs institutionnels (collectivités locales, assurance maladie, Conseil général,...), qui apportent un soutien matériel (édition d'affiches, de flyers, mise à disposition d'une salle,...). Les structures mobilisent souvent leurs fonds propres pour organiser ces manifestations (indemnisation des intervenants notamment).

D'une manière un peu différente, la dernière action du COPS 53 correspond à l'organisation d'une pièce de théâtre « Semailles d'Automne », qui a consisté en quatre soirées débat en novembre 2012 sur quatre communes du département : Evron, Cossé le Vivien, Mayenne, et Laval. 540 participants ont été dénombrés sur les quatre soirées. Avant la création du COPS 53, un certain nombre de ses membres organisaient déjà des conférences débats ou réunions publiques (GERME, Sève et Racines, Main Tendue, GPS du Pays de Coëvrons). Depuis, ils s'inscrivent dans les actions du collectif.

Au-delà de la sensibilisation du grand public à la prévention du suicide, les structures peuvent également proposer des actions visant à les faire connaître par le biais de stands lors de forums, de rencontres avec des institutionnels ou d'articles (cf. section relative aux actions de communication).

Les activités visant la constitution de collectifs d'acteurs en capacité d'agir face à des comportements suicidaires

Entrent dans cette catégorie d'acteurs le COPS 53, le GPS du Pays de Coëvrons, GERME (tous deux membres du COPS 53) et le GPS de la Communauté de Communes de Vallet. Pour information, un Collectif prévention du mal être et du suicide est en cours de constitution dans la Sarthe.

Le principe de départ sur lequel s'appuie leur action est l'affirmation que tout citoyen peut contribuer à prévenir le suicide, à condition qu'il ait été sensibilisé, voire formé aux mécanismes qui peuvent conduire au suicide, qu'il puisse écouter la personne en mal-être, agir et/ou établir des relais vers les acteurs compétents. Leur point d'ancrage est, par conséquent, la réalisation d'actions collectives de sensibilisation, de réflexion ou la formation au repérage de la crise suicidaire qui devraient permettre de partager une culture commune autour de la notion de prévention du suicide. Concernant la formation au repérage de la crise suicidaire, les

dispositifs bénévoles s'appuient sur le programme de formation financé par l'ARS des Pays de la Loire.

Des activités spécifiques hors typologie mises en œuvre par les structures sollicitées

Deux associations mettent en œuvre des actions spécifiques, qui ne peuvent être rattachées à aucun type d'action mentionné préalablement. Il s'agit de :

- L'association Espace Ecoute Formation, qui forme à la compétence relationnelle des professionnels du secteur social, médico-social ou éducatif intervenant dans une relation d'aide à la personne, des parents ainsi que des bénévoles réalisant du soutien moral, de l'animation de groupes de paroles ou des visites à domicile. L'objectif de l'association est de développer les compétences relationnelles de la personne en pratiquant l'écoute centrée sur la personne. Sont ainsi proposées des formations à l'écoute, des formations-actions et des groupes de paroles ou d'analyse de la pratique. Cette activité de formation n'est pas réalisée par des bénévoles.
- L'UNAFAM, qui, outre des groupes de paroles à l'intention des familles, organise des permanences téléphoniques au niveau de chaque délégation départementale. Ces permanences sont réalisées par des bénévoles. Elles doivent permettre de rapidement cerner les besoins, les demandes de la personne pour ensuite l'orienter vers le type de réponse le plus adapté. Certaines personnes sont ainsi orientées vers le dispositif d'écoute de l'UNAFAM, Ecoute-Familles, géré par des psychologues cliniciennes. Le plus souvent, les appelants sont orientés vers les locaux des permanences départementales. Ces permanences permettent aux familles d'obtenir des conseils, des informations sur la maladie psychique, et les ressources ou contacts utiles par rapport à leurs besoins.

3.4. LES RESSOURCES DES DISPOSITIFS BENEVOLES : DES MOYENS FRAGILES

Des équipes de bénévoles de taille variable, une exigence plus ou moins importante en termes de recrutement, formation, encadrement.

Des équipes de bénévoles de taille très variable, dont la stabilité s'amointrit avec le temps

Selon les dispositifs, **la taille des équipes bénévoles est très variable, allant de 3 à 200 bénévoles** pour une association régionale, **la moyenne se situant aux alentours de 30**. Au global, les 20 structures rassemblent plus de 700 bénévoles.

Les bénévoles retraités sont les plus nombreux, mais plusieurs associations indiquent compter parmi leurs bénévoles une majorité d'actifs, ou un nombre d'actifs en croissance : L'Escale, Familles Rurales 85, SOS Amitié Région du Mans, Espace Ecoute Formation (l'information n'est pas connue pour 6 structures). Les profils peuvent être très diversifiés (enseignants, employés des assurances,...) mais beaucoup viennent du secteur médico-social ou social : pompiers, agents d'EHPAD, aides à domicile, travailleurs sociaux, ...voire du secteur de la santé : infirmiers, psychologues, psychiatres,... Dans des structures comme l'UNAFAM, Solidarité Paysans 53 ou SOS Inceste pour Revivre, certains bénévoles sont d'anciens bénéficiaires du

dispositif bénévole. Une des associations a mentionné ne pas vouloir recruter de psychologues comme bénévoles écoutants pour ne pas risquer une confusion des rôles. Pour les autres, il n'y a pas d'exigences en matière de qualifications professionnelles.

Le temps consacré aux dispositifs par les bénévoles est hétérogène, d'une trentaine d'heures par an à 240h par an.

Si les responsables des structures évoquent **une certaine stabilité des équipes, un phénomène d'essoufflement des bénévoles est perceptible**. Des structures comptent certes des membres présents depuis l'origine du dispositif, mais trois structures sont particulièrement concernées par un vieillissement de leurs bénévoles, qu'elles n'arrivent pas à renouveler. Tous types d'action confondus, en lien avec le premier point, les bénévoles les plus anciens commencent, en effet, à être « usés » par leur engagement. Plusieurs d'entre eux constatent que « *l'implication nécessaire à l'intervention bénévole est lourde* ». Ils regrettent la fragilité de leurs structures qui « *reposent uniquement sur les bonnes volontés* » : les bénévoles ne disposent d'aucune aide pérenne pour les aider dans les tâches de communication, de coordination, de secrétariat,... Ils soulignent également que la disponibilité manque pour participer aux formations, aux séances de supervision, aux conférences, d'autant plus lorsqu'elles n'ont pas lieu sur leur lieu de résidence.

En termes de motivation, nombreux sont les bénévoles qui souhaitent mettre à profit leur disponibilité en apportant autant que possible leur aide à des personnes en difficulté. Ils exercent alors une activité qui leur apparaît utile et dont ils retirent une forme de satisfaction personnelle et de valorisation. **Trois motifs principaux sont avancés pour expliquer l'engagement bénévole :**

- **Le souhait de poursuivre une démarche d'aide** entamée dans le cadre d'une profession sociale ou de psychologue.
- **Le souhait de partager une expérience vécue** de confrontation à une très grande souffrance ou à la maladie mentale. Cette situation peut les concerner eux-mêmes ou un de leurs proches.
- **La volonté de contribuer à la lutte contre le suicide**, pour des bénévoles interpellés par le nombre de suicides ou de tentatives sur leur territoire.

Ce troisième et dernier motif n'est pas majoritairement exprimé par les bénévoles rencontrés. Au contraire, l'évocation d'un rôle en matière de prévention du suicide peut susciter des réticences. Un bénévole – veilleur, qui a refusé de participer à la formation au repérage de la crise suicidaire, déclare ainsi : « *je ne veux pas me faire embarquer là-dedans* ».

Six dispositifs sur vingt très exigeants quant au recrutement et à la disponibilité demandée aux bénévoles

Le recrutement est une étape difficile dans de nombreuses associations (10 associations sur 20 l'évoquent comme une difficulté majeure ; trois indiquent qu'elles n'ont pas de problème de recrutement). Outre la baisse tendancielle des vocations, les bénévoles interviewés émettent des hypothèses spécifiques à leur domaine d'action :

- La lutte contre le mal-être n'est pas un sujet très attractif. Certains bénévoles se demandent donc comment intéresser les gens à s'impliquer dans leur association.
- Les contraintes liées à l'engagement bénévole peuvent constituer un frein aux candidatures, dans certaines associations (durée de la formation, disponibilité minimale exigée par la structure,...).
- Le manque de visibilité des structures est également avancé comme un facteur explicatif. Concernant spécifiquement SOS Amitié, le principe d'anonymat des écoutants et des lieux d'écoute, l'existence d'une ligne téléphonique unique correspondant à la ligne d'écoute a notamment pu être préjudiciable. Pour remédier à la situation, SOS Amitié a, cependant, modifié sa stratégie de communication : désormais, les membres du CA, qui ne sont pas écoutants, peuvent promouvoir leur association.

Certaines structures sont, en effet, très sélectives et ont une procédure longue de recrutement : celle-ci s'appuie sur plusieurs entretiens, dont un avec un psychologue extérieur à l'association et s'achève parfois à l'issue du processus de formation initiale. Ces structures sont les associations souvent importantes en taille, mais aussi bien structurées et organisées qui proposent des activités d'écoute. Elles s'appuient systématiquement sur un entretien avec un psychologue libéral pour évaluer l'équilibre du candidat et sa capacité à faire face à des situations difficiles.

Pour illustration au sujet de la sélectivité de certaines associations :

- Dans une structure proposant de l'écoute téléphonique, en 2012, 32 candidats ont été reçus à un premier entretien. 19 ont eu un entretien avec le psychologue de recrutement. 15 personnes ont finalement commencé la formation, mais 6 l'ont abandonnée ou n'ont pas été retenues. Finalement 9 personnes ont suivi la formation dans son ensemble et seules 3 ont intégré l'association.
- Dans une structure proposant de l'écoute en face à face, 32 candidatures ont été envoyées lors de la première vague de recrutement entre 2008 et 2009. 2 personnes n'ont pas donné suite, 13 se sont désistées au cours de la procédure de recrutement, 6 ont reçu un avis défavorable et 11 un avis favorable. Ces dernières ont donc pu commencer la formation initiale. Lors de la deuxième phase de recrutement, entre 2010 et 2012, parmi 7 candidatures, 4 ont obtenu un avis favorable, 1 un avis défavorable et 2 ont interrompu la démarche.

Cette sélectivité a un coût parfois non négligeable pour les structures, lorsque les personnes abandonnent ou ne sont pas retenues après la formation initiale et lorsque des entretiens d'évaluation sont réalisés chez un psychologue.

Dans les structures plus petites, moins structurées, le recrutement s'appuie sur un échange plus ou moins formel avec le responsable. **Les candidatures sont rarement rejetées**, sauf signe manifeste d'inadéquation avec la mission des bénévoles.

De manière générale, les qualités recherchées se situent au niveau de la motivation, et de la capacité d'empathie des candidats. Les associations s'appuyant sur une démarche sélective de recrutement examinent également les capacités relationnelles, la qualité d'écoute, la capacité à prendre de la distance, la discrétion et la disponibilité des postulants.

Des actions de communication font généralement connaître le besoin de recrutement (annonces radiophoniques, dans la presse locale, dans les bulletins municipaux, conférences,...). La plupart des associations recrutent en permanence pour faire face aux départs ou au besoin d'un nombre accru de bénévoles pour couvrir toutes les périodes d'accueil.

Toutes les structures interrogées ont une charte du bénévole ou de l'écoutant, que les nouveaux bénévoles sont souvent invités à parapher comme signe d'un engagement à respecter les principes déontologiques poursuivis par la structure.

Dans quelques associations (5 sur 20), les nouveaux bénévoles signent un contrat, qui a une valeur morale. Ce contrat rappelle les obligations du bénévole (notamment l'obligation de formation, de participer aux séances de supervision, pour les structures qui proposent des activités impliquant l'accueil de bénéficiaires) et le temps que le bénévole doit consacrer au dispositif.

Des bénévoles écoutants généralement bien formés à l'écoute et encadrés qui peuvent se trouver en difficulté face à des personnes suicidaires ; des bénévoles souvent très isolés dans leur activité de veille

Il n'existe pas de référentiel unique de formations des bénévoles, y compris si l'on procède par type d'activité. Chaque structure a développé son propre programme de formation (en terme de contenu, de durée) et recourt à des formateurs diversifiés (externes ou internes). La formation est donc diversement réalisée selon les structures :

- **Quand le dispositif bénévole est un dispositif d'écoute, il y a le plus souvent une formation initiale importante à l'écoute avant l'intégration dans l'association.** Les sessions de formation les plus longues concernent les bénévoles des associations SOS Amitié (50h dispensées sur 3 à 5 mois). Dans les autres structures, la formation va de 1 à 6 jours. Les formations sont dispensées par différents professionnels : des psychologues et psychiatres chez SOS Amitié et l'Escal, Espace Ecoute Formation, dont la directrice pédagogique est psychopraticienne, pour le COPS 53 de Mayenne, ses membres et Solidarités Paysans 53. Selon les cas, la formation à l'écoute peut être systématique (SOS Amitié, L'Escal, SOS Dépression, Espace Ecoute Formation,...) ou ne concerner que quelques bénévoles (membres du réseau du COPS 53, par exemple). Une structure propose une auto-formation, la Présidente étant psychologue clinicienne de métier. Outre les apports théoriques, les formations initiales s'accompagnent de mises en situation, dans le cadre de simulations ou d'appels reçus par le stagiaire en binôme avec un écoutant expérimenté.

En fonction des structures, de leur taille et de leur activité, plusieurs sessions de formation initiale peuvent être organisées par an.

- **Dans des structures orientées vers la lutte contre l'isolement et la création ou le maintien du lien social, ce sont des formations à l'accueil ou spécifiques à l'activité de la structure qui sont proposées** (UNAFAM, Familles Rurales, Solidarités Paysans).
- **L'animation de groupes de paroles ne donne pas lieu une formation spécifique des bénévoles**, puisque ce sont des professionnels, intervenant à titre bénévole ou non, qui animent les réunions. Ces intervenants s'appuient donc sur leur formation initiale de

psychologues ou d'animateurs. Ils peuvent éventuellement être formés à l'écoute et/ou au repérage de la crise suicidaire.

- **Pour réaliser l'activité bénévole de l'UNAFAM**, visant l'accueil de familles de malades et la délivrance d'informations sur les maladies mentales, les bénévoles sont formés à la compréhension de ces maladies et à l'accueil. Ils peuvent également bénéficier d'autres formations, telles que la formation au repérage de la crise suicidaire, la formation relative à l'accompagnement à la sortie de l'hôpital ou encore une formation intitulée « Comment représenter les usagers ? ».
- **Concernant les formations continues, elles concernent essentiellement les bénévoles écoutants.** Différentes approches sont adoptées :
 - La formation continue peut consister pour les bénévoles à bénéficier à nouveau de la formation initiale ;
 - Elle peut consister en la participation à de nouveaux modules proposés par la structure suite à une demande des bénévoles (formation relative au deuil, à l'homosexualité, accompagnement des personnes dans le déni,...) ou en lien avec l'évolution envisagée de l'activité (ex : « comment aller vers ? », formation sur l'accueil, formation sur la dépression,...) ;
 - Certaines structures considèrent que la participation aux séances de supervision et à des colloques et rencontres suffit.
- **Quant à la formation au repérage de la crise suicidaire, sur 14 associations ayant fourni une réponse, 12 ont actuellement des bénévoles qui ont pu en bénéficier** (5 non réponses et une réponse impropre). En revanche, aucun bénévole des associations du mouvement des Familles Rurales de Loire Atlantique et de Vendée n'est concerné. Les bénévoles d'une des structures indiquent avoir suivi cette formation en dehors de l'action financée par l'ARS.

Cette formation a été très appréciée des personnes qui l'ont suivie : elle permet de comprendre la situation des personnes en situation de crise suicidaire, apporte un vocabulaire commun, une conduite à tenir avec des outils et constitue une occasion d'échanger avec d'autres bénévoles ou professionnels.

Dans les Pays de la Loire, entre 2002 et juin 2013, 1 548 personnes ont été formées au repérage de la crise suicidaire, dont 108 bénévoles, soit environ 7% des personnes formées et en moyenne 10 bénévoles formés chaque année¹⁵.

Les financements accordés par l'ARS à la formation des bénévoles sont jugés essentiels par plusieurs structures contactées (SOS Amitié Région de Nantes, SOS Dépression 44, UNAFAM...) mais ne permettent pas de former systématiquement tous les bénévoles. En particulier, Familles Rurales de la Sarthe indique que la subvention accordée par l'ARS a permis de développer le volume de bénévoles formés à l'écoute.

De même, l'encadrement concerne surtout les dispositifs d'écoute et prend le plus souvent la forme d'une supervision, principalement réalisée par un intervenant extérieur

¹⁵ Les informations collectées à l'échelle de chacune des 20 structures concernées par l'évaluation n'apparaissent pas suffisamment fiables pour être rapportées ici.

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

psychologue de formation. La fréquence de la supervision est très variable : de mensuelle (6 structures) à trimestrielle (1 structure). 6 structures ne proposent pas de supervision. Les séances permettent aux bénévoles de revenir sur des situations concrètes qu'ils ont vécues. Pour un des responsables entendus, « *c'est à la fois un moyen d'extérioriser ce qui a été vécu, de se remettre en cause et de se former en continu* ». La supervision permet également de repositionner le cadre et les limites de l'intervention bénévole. Elle représente l'occasion de rappeler les principes déontologiques à respecter. Les besoins de formations complémentaires ou de modifications de l'organisation émergent souvent lors de ces rencontres.

En dehors des séances de supervision, les responsables des structures affirment qu'ils sont toujours disponibles pour les bénévoles écoutants, de même que les psychologues qui animent les sessions. **La supervision constitue à la fois un soutien moral et une garantie de la qualité de l'écoute ou de la veille.**

La supervision peut être complétée par quelques procédures (règlement intérieur, fiches de poste dans une structure), voire **par un poste de coordination ou de contrôle** : coordinatrice des écoutants aux Intervalles de l'Ecoute, coordinateur de l'Escale, animatrice du réseau des Voisineurs à Familles Rurales de la Sarthe, doubles écoutants chez SOS Amitié. **Ces postes sont bénévoles ou salariés, mais ils sont rares.**

Quatre structures dans lesquelles il n'y a pas d'encadrement constatent que leurs membres éprouvent des difficultés. Les bénévoles ne se sentent pas toujours armés face aux situations qu'ils rencontrent, ce qui suscite chez eux des questionnements et parfois des sentiments de culpabilité : Ai-je fait ce qu'il fallait ? Mais, **les bénévoles qui bénéficient d'une supervision ne sont pas pour autant toujours sereins**, en particulier lorsqu'ils pratiquent l'écoute au téléphone et plus encore par messagerie : en effet, alors qu'ils sont seuls au poste d'écoute, ils s'interrogent très régulièrement sur ce qu'il advient de l'appelant une fois l'appel terminé. Cette inquiétude et le besoin de réassurance sur leurs pratiques peuvent être profonds. Aussi, tous **les bénévoles sont-ils en très forte attente d'échanges et de soutien** entre eux, voire avec l'intervention d'un tiers professionnel. Deux structures remarquent, cependant, des **réticences de leurs bénévoles à se confier à un psychologue** dans le cadre de séances de supervision. Les veilleurs inscrits dans une démarche d'aide aux personnes avec comportements suicidaires sont moins en proie à ces doutes, à condition qu'ils soient en partenariat avec d'autres acteurs locaux, en particulier avec des professionnels de la santé. En effet, on peut considérer que la responsabilité liée à l'accompagnement de la personne suicidaire est alors plus partagée, ce qui est un facteur rassurant pour les bénévoles.

Les investigations sur site mettent également en évidence une **appétence variable des bénévoles vis-à-vis de la formation, de la participation à des réunions et colloques.** Une bénévole affirme ainsi « *La formation, c'est une aide ; ce n'est pas une obligation* ». Une autre déclare au contraire : « *On a toujours besoin de formation. [...] La formation permet d'être à l'écoute et non dans le jugement* ». En effet, les actions de formation et de supervision s'ajoutent à l'engagement auprès des personnes ou des acteurs locaux et **peuvent représenter une contrainte supplémentaire** difficilement acceptable, d'autant plus qu'elles exigent de se déplacer et de dégager du temps.

Des ressources matérielles et financières restreintes

Si les dispositifs bénévoles nécessitent a priori peu de moyens (un local, une ligne d'écoute, un ordinateur, un téléphone portable,...), certains se trouvent dans une **situation de précarité financière**. Cela peut avoir un impact sur les conditions d'accueil des usagers (ex : une association accueille du public dans un bureau de 6m²) et sur la qualité de l'aide (lorsque la structure n'a pas les moyens d'apporter systématiquement une formation initiale à tous les bénévoles et/ou de leur proposer une formation continue). Cette situation est identifiée par plusieurs acteurs locaux rencontrés lors des investigations sur site.

Les budgets des actions conduites en 2012 par les structures consultées comportent de très grands écarts : de 425€ pour une petite structure proposant ponctuellement des permanences à environ 122 988€ pour une structure proposant de l'écoute. La médiane se situe à 25 965€.

En 2012, les subventions attribuées à ces structures par l'ARS représentent 103 500€ au total (contre 91 889€ en 2011 et 38 000€ en 2010). Elles ont permis de soutenir des activités d'écoute et de groupes de paroles, en particulier par le biais du financement d'actions de formation des bénévoles. A noter concernant les associations SOS Amitié que l'activité d'écoute téléphonique est financée par l'INPES. L'évolution constatée entre 2010 et 2012 trouve son origine dans une diversification des structures financées en 2012. En effet, si l'on considère les dispositifs par type d'activité, en 2010, seuls des dispositifs d'écoute ainsi que l'UNAFAM et Espace Ecoute Formation étaient financés. En 2012, ont également été soutenus un dispositif de veille à hauteur de 10 000€, un collectif à hauteur de 11 600€, trois structures proposant des groupes de paroles à hauteur de 11 000€. Cette année là, les dispositifs d'écoute ont perçu 96 000€ (8 structures).

En 2012, pour 13 structures pour lesquelles l'information est connue, dont 7 organismes proposant essentiellement de l'écoute, **la subvention de l'ARS représente entre 9% et 100% du budget de l'action. Le montant des subventions attribuées à ces structures varie de 2 500€ (soit 9% du budget de l'action) à 30 000€ (67% du budget de l'action)**.

Outre l'ARS, les dispositifs bénévoles bénéficient souvent de soutiens, néanmoins limités, des conseils généraux, de collectivités locales (qui mettent à disposition des locaux, procèdent à l'impression des outils de communication,...), **de la MSA et quelque fois du Régime Général**. Certaines structures obtiennent également parfois des financements ou des aides de fondations, de mutuelles, d'établissements bancaires,...

Les partenariats avec les acteurs institutionnels peuvent également donner lieu à des **misés à disposition de personnels (L'Escale, GPS du Pays de Coëvrons)**, à l'édition de documents de communication (affiches, plaquettes, annonce gratuite dans la revue d'une collectivité).

3.5. UNE FAIBLE CONNAISSANCE PAR LES DISPOSITIFS BENEVOLES DE LEURS BENEFICIAIRES

Une connaissance hétérogène des bénéficiaires

Les éléments relatifs aux bénéficiaires sont réduits, en raison du manque d'outils de suivi et/ou d'homogénéité dans l'information collectée. A cela s'ajoute une spécificité pour les dispositifs d'écoute : les principes d'anonymat et de non-directivité ne permettent pas de collecter une information systématique sur le profil des appelants. Seules les déclarations volontaires sont prises en compte.

Malgré le paragraphe précédent, les responsables des structures mettent en évidence quelques points d'ordre général :

- Les bénéficiaires des dispositifs bénévoles sont :
 - **Plutôt des femmes** : dans cinq structures sur neuf ayant transmis l'information, elles sont majoritaires ;
 - **Plutôt dans la tranche d'âge des plus de 50 ans**,
En revanche, la population est plus jeune, voire très jeune, lorsqu'il s'agit d'écoute via Internet.

A noter qu'il y a très peu d'informations homogènes sur l'origine géographique des bénéficiaires.

- Si les dispositifs bénévoles s'adressent en priorité aux personnes en souffrance, ils accueillent volontiers leur entourage. Seuls l'UNAFAM et Source ont une action dédiée à cette population.

La solitude et l'isolement comme principaux motifs de sollicitation des dispositifs bénévoles

D'après les bénévoles, les personnes qui sollicitent les dispositifs d'aide ont **besoin de** :

- **Un temps d'écoute prolongé**, d'une disponibilité que les professionnels n'ont pas les moyens d'accorder.
- **Une écoute globale de la personne**, et non une écoute ciblée en lien avec les objectifs et missions du professionnel.
- **Une écoute sans enjeu** pour l'écouter et l'écouter (qu'il s'agisse d'un enjeu thérapeutique, lié à l'accès à un droit ou à un service).
- **Un dispositif flexible, souple, sans contrainte.**

Cette écoute est ainsi complémentaire de celle que peuvent proposer les professionnels de santé ou du social, dont l'intervention s'inscrit dans un cadre précis comportant des objectifs (souvent exprimé en termes de projets).

Les difficultés évoquées par les bénéficiaires des dispositifs bénévoles sont assez variables : difficultés financières, problèmes de violences, dépression, chômage,...Mais la solitude et l'isolement sont les motifs qui reviennent le plus fréquemment :

En milieu rural,

« Les bénévoles sont souvent confrontés à des personnes âgées en grande souffrance psychique. Le manque ou l'absence de mobilité est très souvent mentionné(e) par les personnes âgées comme source de leur mal être ».

« Les publics qui nous contactent sont avant tout des personnes en détresse et en situation d'isolement. Cette situation d'isolement peut être relative car les personnes peuvent vivre en couple mais en tous les cas, elles se sentent seules et ont besoin de parler ».

« Les problématiques rencontrées sont souvent liées à des séparations, au veuvage, à l'alcool, au manque de sécurité dans le travail, par rapport aux finances. Il peut également s'agir de gendarmes ou pompiers qui ont vu des situations critiques, des chefs d'entreprise qui ne voient pas de solution pour leur entreprise et leurs salariés,... ».

En milieu urbain

« La plupart du temps, les personnes n'ont jamais parlé de leurs problèmes. Elles ont besoin de réassurance, d'accompagnement, de soutien avant, pendant ou après une thérapie, de soutien dans les démarches, ou tout simplement de parler ».

« Beaucoup d'appelants ont un suivi psychologique mais il leur manque un temps de parole ».

Tous les dispositifs bénévoles ne répertorient pas et/ou n'analysent cependant pas les motifs de la demande. Seules les associations SOS Amitié et Espace Ecoute Formation établissent, à notre connaissance, des statistiques relatives aux thèmes évoqués par les personnes. Pour illustration, l'observatoire national des souffrances psychiques de SOS Amitié, qui agrège et analyse les données relevées par les écoutants de l'association, met en évidence, en septembre 2012, que, parmi 700 000 appels réceptionnés en 2011 au niveau national :

- 33% ont pour cause la solitude ;
- 30% évoquent la dépression ;
- 22% abordent des problèmes familiaux, conjugaux, sentimentaux ;
- Seuls 2% des appelants expriment des idées suicidaires.

4. INSCRIPTION DES DISPOSITIFS BENEVOLES DANS LES SYSTEMES D'ACTEURS

4.1. MALGRE DES EFFORTS DE COMMUNICATION, DES DISPOSITIFS BENEVOLES TRES LARGEMENT MECONNUS, ET QUI SUSCITENT DES AVIS DIVERGENTS

Des modalités de communication visant à se faire connaître et à recruter des bénévoles, qui n'atteignent pas leur but

Toutes les structures rencontrées communiquent sur leurs actions par le biais de médias diversifiés : radios, presse locale, bulletins municipaux, panneaux municipaux d'affichage,...

Cette communication a généralement pour cible la population générale. **Elle vise à se faire connaître** du public et des potentiels bénéficiaires mais aussi des acteurs locaux et **à recruter des bénévoles**.

Concernant la communication à l'attention des acteurs locaux, elle passe également par la participation à des forums d'associations et/ou par des rencontres individuelles avec les acteurs institutionnels.

Toutes les structures disposent au moins d'une plaquette de communication. Pour illustration, en Mayenne, une plaquette « Annuaire des services, associations et structures d'accompagnement » a été élaborée à l'initiative de l'Assurance Maladie, de la délégation territoriale de l'ARS et du COPS 53. Cette plaquette a été très largement diffusée dans les caisses des organismes de protection sociale, les établissements médico-sociaux, les cabinets de médecins généralistes, les services de psychiatrie,...

En revanche, elles n'ont pas toutes un site Internet (9 sur 20 n'ont pas de site).

Nonobstant ces efforts, **la grande majorité des professionnels rencontrés ne connaissent pas les dispositifs bénévoles** intervenant auprès de personnes en situation de mal-être. Ce constat se vérifie quelque soit le domaine d'activité ou statut des acteurs (professionnels de la santé, du médico-social, du social, associations,...). **Deux nuances** peuvent toutefois être apportées :

- **Certaines associations sont mieux identifiées grâce à leur rayonnement national ou départemental, mais la connaissance reste souvent limitée au nom de la structure**. C'est le cas de SOS Amitié ou du COPS 53 : **toutefois, ces associations ne sont pas spontanément citées** comme acteurs de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique. Les interlocuteurs rencontrés disent les connaître à l'évocation de leur nom par le prestataire.
- **Les structures très localisées, bénéficiant du soutien d'élus locaux, voire adossées à un établissement public administratif, sont mieux repérées** que les autres. C'est le cas du GPS de la Communauté de Communes de Vallet, du GERME et, dans une moindre mesure, de l'Escale. A noter, en outre, concernant le GPS de la Communauté de

Communes de Vallet, la grande mobilisation du président de l'association pour faire connaître le dispositif.

A ce sujet, on notera que **l'annuaire des acteurs ressources « agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire »**¹⁶, publié en janvier 2013 à l'initiative de l'ARS et de la MSA, **reste à ce jour très confidentiel** et, par conséquent peu utilisé.

Malgré une image plutôt positive des professionnels vis-à-vis des bénévoles, des attentes faibles et une vision variable du rôle que jouent ou pourraient jouer les dispositifs

En préambule, il apparaît important de rappeler que rares sont les acteurs locaux qui connaissent précisément les dispositifs bénévoles. Les appréciations qu'ils formulent ne sont donc pas basées sur des faits ou constats, mais plutôt sur des perceptions.

Quelque soit leur domaine d'activité (santé, social, médico-social), parmi les acteurs rencontrés, peu sont opposés à l'intervention de bénévoles auprès de personnes en souffrance psychique **à condition** que certaines « règles » soient respectées (cf. ci-dessous). Ainsi, pour le représentant d'une délégation territoriale de l'ARS *« les dispositifs bénévoles fonctionnent plutôt bien, mais il faut rester vigilant et voir comment cela évolue »*.

Les professionnels soulignent la disponibilité des bénévoles, leur regard différent du regard professionnel découlant notamment d'une approche globale de la personne, leur proximité avec la population, la bienveillance dont ils font preuve. **Les qualités repérées du bénévolat ne sont pas différentes selon les domaines d'activité du professionnel** (secteur social, santé ou autres). Pour illustration, une directrice de CCAS qualifie l'action bénévole de *« salubre »*, d'autant plus qu'avec la réduction des temps de séjour hospitalier, *« il faut bien inventer un mode d'accompagnement à la sortie »*. Du point de vue des travailleurs sociaux, les bénévoles sont une ressource importante, qui offre aux personnes vulnérables le temps dont elles ont besoin pour parler. Pour un responsable de service social, *« les bénévoles sont des personnes ressources de toute première proximité »*. Il ajoute plus tard *« la compétence, c'est être présent »*. Une autre responsable confirme *« les bénévoles ont une compétence dans la relation de proximité : ils sont porteurs de lien social. Les professionnels sont des techniciens du soin »*. Un représentant d'une DT ARS constate que *« les gens parlent aux bénévoles, mais pas aux soignants »*. Un professionnel d'un CMP apprécie, quant à lui, *« le regard neutre, bienveillant, non stigmatisant des bénévoles »*. Il ajoute *« les bénévoles sont des acteurs de proximité. Ils sont ancrés au sein de la population. A l'inverse, les professionnels du CMP cherchent à éviter les interactions pour que le soin puisse être efficace »*.

Pour de nombreux acteurs professionnels, les bénévoles représentent ainsi un **premier interlocuteur** des personnes en souffrance. Pour autant, ces professionnels formulent **peu d'attentes vis-à-vis des dispositifs**. C'est en particulier le cas des professionnels de santé. Des différences d'appréciation s'expriment en outre selon les activités évoquées et selon la

¹⁶ Cet annuaire recense les établissements de santé (services d'urgences psychiatriques, services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile des centres hospitaliers ou centres hospitaliers spécialisés, cliniques psychiatriques) et la plupart des associations ou organismes intervenant dans la prévention du mal-être et du suicide.

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

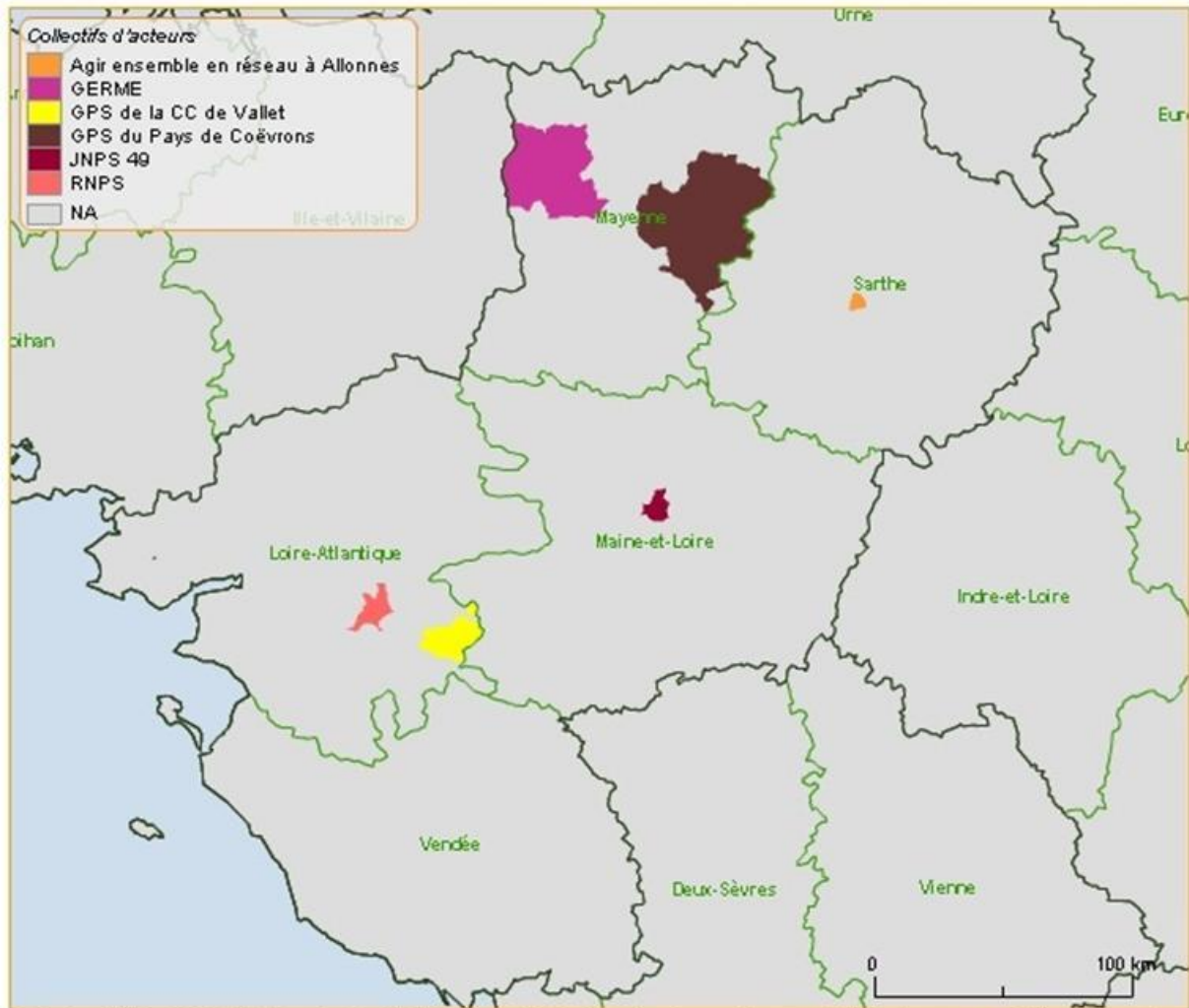
compréhension plus ou moins extensive qu'ont les professionnels de la notion de « prévention du suicide ». En effet, les professionnels positionnent la prévention du suicide soit dans une relative proximité avec l'acte suicidaire, ce qui les conduit naturellement à privilégier le recours à des professionnels de santé, soit ils la positionnent très en amont de l'acte suicidaire. Le rôle des bénévoles s'en trouve alors renforcé. (cf. section relative à la place des bénévoles). Un troisième point de vue est exprimé par un responsable associatif (qui n'intervient pas dans le domaine de la lutte contre le mal-être psychique) : *« pour prévenir le suicide, il n'y a pas d'organisation à mettre en place : il faut seulement être attentif à son voisin. C'est une action citoyenne »*. Un bénévole, membre d'un dispositif bénévole de lutte contre le mal-être, partage le même point de vue : *« Même si on parle de tout et de rien, ça peut aider les gens : c'est pas le rôle de l'association, c'est celui des citoyens »*.

4.2. DES MODALITES DE TRAVAIL PARTENARIAL TRES REDUITES

Des regroupements d'acteurs dont l'action reste encore limitée

Plusieurs collectifs d'acteurs ont pu être identifiés au cours des entretiens avec les représentants des dispositifs bénévoles. Il en existe certainement d'autres que la mission d'évaluation n'a pas permis de recenser. Ces collectifs associent exclusivement des associations ou sont également ouverts à des acteurs institutionnels. Au sein de ces regroupements, bénévoles et professionnels s'allient systématiquement.

Collectifs d'acteurs



Des regroupements d'acteurs sont présents dans plusieurs départements des Pays de la Loire, bien qu'aucun n'ait pour l'heure été identifié en Vendée. Néanmoins, ils poursuivent des objectifs diversifiés et leur action reste encore parfois limitée (cf. ci-dessous).

Des relations peu nombreuses et souvent récentes entre les dispositifs bénévoles

A l'exception du COPS 53, qui vise à mobiliser les acteurs associatifs de la prévention du suicide sur l'ensemble du département de Mayenne, **les autres partenariats sont moins structurés.**

Pour rappel, **le but du COPS 53 est de constituer un maillage territorial de partenaires.** Chaque membre (cf. plus haut) conserve ses spécificités. Le COPS 53 constitue une interface entre les institutionnels et les associations, et donne une visibilité plus grande à l'action de prévention des associations membres. Il tente de soutenir les adhérents en relayant les informations de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS), en formalisant une demande commune de subvention, en mettant en place des séances de supervision à leur intention et en proposant des manifestations « itinérantes » visant à mobiliser la population et les acteurs locaux...**Cependant, les investigations sur site mettent en évidence un maillage**

encore inabouti : la logique de coordination des interventions n'est pas un objectif du collectif. En effet, le COPS 53 s'est fixé pour buts de : former les citoyens à la prévention pour comprendre, intervenir et relayer ; accompagner et informer les associations membres ou leurs membres au titre de leur objet propre soit au titre d'actions spécifiques proposées par le collectif, organiser des partenariats avec les professionnels et les services publics et privés, dégager et prendre en charge les moyens matériels et humains utiles à l'action de prévention, être un relais entre les membres et différentes institutions (ARS, MSA, CPAM, CMP,...). Si ces objectifs font l'objet de réalisations, il n'y a pas véritablement d'échanges sur les complémentarités à mettre en place entre les structures, et certains membres ont du mal à se mobiliser pour participer aux actions proposées par le COPS 53 (supervision, entre autres).

Les autres relations identifiées entre les dispositifs bénévoles concernent :

- **L'organisation d'actions de sensibilisation / communication.** Deux collectifs peuvent être cités à titre d'illustration :
 - Le réseau nantais de prévention du suicide (RNPS) réunit SOS Dépression 44, l'association ANCRE (point d'écoute pour les jeunes et les familles), l'école des parents et des éducateurs, le centre Recherche et Rencontres, le CHS Daumezon, l'Unité Espace du CHU de Nantes et SOS Amitié de la Région de Nantes.

L'objet du réseau correspond à l'organisation de conférences, notamment une action commune dans le cadre des Journées Nationales de Prévention du Suicide (JNPS).
 - Le collectif JNPS 49¹⁷ organise chaque année une journée dans le cadre de la Journée nationale de prévention du suicide. Une rencontre mensuelle a lieu pour préparer cette action, mais également pour apprendre à se connaître et à identifier les spécificités de chacun. Ces dernières années, les thèmes traités ont été les suivants : Fragilité des liens et suicide (2009), Suicide et opinions – projection débat autour du film « sauf le respect que je vous dois » (2010), Suicide des jeunes : quelles préventions – Projection débat autour du film « des filles en noir » (2011), Mal-être dans le monde agricole : c'est toute la société qui va mal (2012).
- **La mise en place d'une réflexion commune au sujet de la formation des bénévoles.** Cette initiative est celle des trois associations SOS Amitié des Pays de la Loire, qui ont travaillé ensemble pour réfléchir aux thématiques à développer en formation initiale ou continue, sur la mise en place de modules communs de formation, sur la rémunération des psychologues formateurs,...

¹⁷ Il est composé de SOS Amitié Région d'Angers, SOS Femmes à Angers, l'Association d'aide aux victimes d'abus sexuels (AAVAS), l'Association ATLAS – Accueil Temps Libre Animation Sociale, à Angers, l'association « Au cœur des flots », centrée sur la prévention du suicide des jeunes, l'association Contact Maine et Loire à Angers, RE VIVRE, au sein de l'association Soins Santé à Trelaze, qui propose une écoute aux personnes endeuillées et l'association Quazar, centre lesbien, gay, bi et trans d'Angers. D'autres structures peuvent être associées en fonction des thématiques traitées.

Chaque association affirme néanmoins la nécessité d'avoir un recrutement et une formation localisés.

Il est finalement **rare que les dispositifs bénévoles échangent entre eux sur les besoins couverts, non couverts, les actions à développer, les initiatives à prendre pour compléter l'offre existante**¹⁸,...Ce constat n'est pas illogique compte tenu de la disponibilité contrainte des bénévoles et du manque de structuration de certaines entités. Il se vérifie également pour les associations membres d'une fédération nationale, dont les responsables indiquent que si des orientations ou valeurs sont communes à l'ensemble des membres de la fédération, chaque structure locale dispose, en revanche, d'une autonomie pour développer des initiatives en lien avec les besoins du territoire (cf. paragraphe consacré à la présentation des dispositifs bénévoles). Cela renvoie à la définition du bénévole comme acteur de la proximité.

Des partenariats plus ou moins fréquents entre dispositifs bénévoles et professionnels en fonction d'objectifs hétérogènes.

Dans ce paragraphe, une distinction est faite entre partenariats institutionnels et partenariats opérationnels. Les partenariats institutionnels ont trait à la structure et ont une visée à moyen / long terme, tandis que les partenariats opérationnels sont orientés vers la mise en œuvre quotidienne de l'activité.

Les relations avec les acteurs institutionnels peuvent avoir :

- **Une visée financière**, pour soutenir l'activité bénévole. Ils peuvent donner lieu à une subvention ou à la mise à disposition de locaux, de matériel, voire de personnel.
- **Une visée communicative**. Par l'intermédiaire de ces partenariats, les dispositifs bénévoles souhaitent, alors, se faire connaître et sensibiliser la population à la thématique du mal-être. La MSA est souvent citée comme un partenaire dans l'organisation d'actions de sensibilisation et d'information. Il s'agit davantage de contacts que de véritables partenariats. Les dispositifs adressent leur document de présentation ou organisent des rencontres avec des acteurs locaux ou plus éloignés. Pour illustration, les Intervals de l'Ecoute d'Espace Ecoute Formation ont été présentés à la MSA, à Familles Rurales, au CLIC, aux Centres sociaux, au SSIAD, à l'association des Aînés Ruraux, à un ESAT, ...

Ces modalités d'interactions avec les acteurs locaux sont les plus partagées parmi les dispositifs bénévoles, quelque soit le type d'activité proposé. En effet, pratiquement toutes les structures rencontrées font des demandes de subventions et sollicitent des acteurs institutionnels pour échanger avec eux ou s'appuyer sur leurs programmes de communication.

Un troisième type de partenariat institutionnel moins fréquent peut être mis en évidence. Il se crée à l'initiative des dispositifs bénévoles ou d'autres acteurs locaux. **Cinq collectifs**¹⁹ répartis

¹⁸ A titre d'exception, on peut citer l'initiative d'Espace Ecoute Formation qui, préalablement à la création d'un service d'écoute téléphonique, a contacté des structures proposant déjà ce service pour identifier la réponse la plus pertinente à proposer.

¹⁹ Les investigations sur site ont mis en évidence d'autres collectifs. Il s'agit par exemple de Repère 44, association basée à Nantes, qui réunit l'Unité Espace du CH Saint Jacques, l'UPS du CHS Georges ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

dans trois départements **ont, ainsi, vocation à coordonner l'action de différents acteurs** sur un territoire donné pour apporter une réponse rapide et adaptée aux publics. Ces collectifs ne regroupent pas uniquement des associations :

- Le **Comité Mal-Être de Mayenne** auquel participent la DT ARS, la MSA, la CPAM, l'IREPS le COPS 53, ses membres et Solidarité Paysans 53.
- Le **réseau « Agir en réseau à Allonnes » animé par l'Escale, créé à l'initiative du CCAS d'Allonnes**, qui existe depuis mai 2012, regroupe une soixantaine de professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social. Il a pour objectif de favoriser la santé des habitants en :
 - Assurant une cohérence des projets sur le territoire,
 - Mutualisant les réflexions et les projets,
 - Favorisant la connaissance des acteurs et des ressources,
 - Initiant, soutenant et accompagnant la mise en place de projets locaux et concertés. Il ne porte pas d'actions mais les impulse. Les projets ont vocation à être réalisés avec les professionnels et les habitants.

La santé mentale et les addictions représentent l'un des trois axes prioritaires de réflexion du réseau.

- Le **GPS de la Communauté de Communes de Vallet a été créé en 2005, à l'initiative d'élus, de bénévoles et de professionnels de santé**. Il est devenu association en 2009. 20 acteurs, dont les maires des 5 municipalités composant la Communauté de Communes et des professionnels (un médecin psychiatre, les responsables des deux centres de secours du territoire, le commandant de gendarmerie) sont membres fondateurs. Après des années sans succès, il a finalement réussi, en 2013, à mobiliser cinq médecins généralistes pour qu'ils participent à la formation au repérage de la crise suicidaire.
- **Créé en 2003/2004 sous l'impulsion du COPS 53, le GPS du Pays de Coëvrons regroupe une quinzaine d'institutions ou services locaux²⁰** et a été constitué pour être un lieu de réflexion et d'échanges ainsi que d'élaboration de projets. Ce groupe de prévention du suicide réunit uniquement des acteurs institutionnels ou services locaux. Il ne s'appuie pas sur des bénévoles.

Daumezon, l'Ecole des Parents et des Educateurs, Recherche et Rencontres, SOS Amitié. Cette association a pour buts d'organiser 4 à 6 conférences par an, de proposer des réflexions sur la prévention du suicide, d'améliorer la prise en charge des personnes suicidaires ou suicidantes et de faciliter les échanges sur les expériences vécues par chacun. Un autre réseau a été initié en 2009 sur la Commune de Châteaubriant : il mobilise le CCAS, le CHS de Blain et Recherche et Rencontre. Il a donné lieu à un pacte territorial de prévention du risque suicidaire dont la vocation est de sensibiliser à la prévention du risque suicidaire et de développer les collaborations.

²⁰ ADMR des Coëvrons, Antenne Solidarité d'Evron du Département, Le Nymphéa – FJT à Evron, le CMP, le CLIC, le Collège d'Evron, l'Epicerie sociale L'Espadon à Evron, l'association La Corne d'Abondance, co-animatrice avec le FJT du réseau d'écoute des Coëvrons, la Ville d'Evron (CCAS), le Secours Catholique de Montsûrs, la MSA, l'EHPAD de Soulgé-sur-Ouette.

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

- **Le Groupe d'écoute, de rencontre et de mise en relation au pays de l'Ernée (GERME)²¹ est né en 1997 à l'initiative de deux bénévoles**, un sociologue et une psychologue à la retraite. **Rattaché au CIAS de l'Ernée**, le groupe aujourd'hui principalement composé de veilleurs a vocation à repérer les situations de souffrance psychique, d'isolement et à orienter.

Les investigations réalisées sur site ont montré que **l'ambition de ces collectifs était encore loin d'être atteinte**. Le GPS de la Communauté de Communes de Vallet est le collectif qui a le mieux réussi à mailler le territoire. Le GERME agit également en réseau, notamment grâce à son adossement à un CIAS et à l'implication des veilleurs bénévoles dans des associations du territoire. En revanche, l'effectivité des autres collectifs est limitée, soit qu'ils soient très récents, soit que leurs membres n'aient pas la disponibilité suffisante pour faire vivre le travail partenarial, soit qu'ils manquent de compétences et de moyens d'animation. A l'heure actuelle, ce type d'organisation n'est donc pas garant de pratiques complémentaires.

Quant aux partenariats opérationnels, ils visent à :

- **apporter un soutien psychologique et une analyse de la pratique aux bénévoles :**
 - Les services hospitaliers spécialisés sont en particulier mobilisés pour les dispositifs de veille orientés vers les personnes avec comportements suicidaires.

Ainsi, le CMP du CH Nord Mayenne a été associé dès l'origine à la création de Source et du GERME. Si les relations se sont distendues, des initiatives sont actuellement prises pour réactiver les collaborations. Ainsi, le CMP rencontrera désormais trimestriellement les bénévoles qui le souhaitent pour échanger sur des situations rencontrées et faire le point sur les pratiques mises en œuvre par les bénévoles. Le GPS de la Communauté de Communes de Vallet a, quant à lui, conclu une convention avec l'Unité de Prévention du Suicide du CHS Georges Daumezon. Les liens entre les deux acteurs sont forts depuis l'origine du groupe de prévention. Le médecin psychiatre responsable de l'UPS intervient dans la formation des bénévoles au repérage de la crise suicidaire et participe très régulièrement aux réunions organisées par le GPS. Dans la Sarthe, un groupe départemental de coordination en santé mentale a récemment été constitué en lien avec le CHS de la Sarthe. Il cible notamment la prévention du suicide. Un groupe ad hoc a été créé avec les dispositifs bénévoles du territoire, animé par le psychiatre responsable du pôle transversal externe du CHS. Il s'agira d'échanger régulièrement sur le rôle des bénévoles et ses limites, ainsi que sur les pratiques.

Sur ce point, il faut noter que selon les structures bénévoles, tous les adhérents ne sont pas prêts à se rendre disponibles pour participer aux réunions d'analyse de la pratique proposées par les professionnels de santé. Du côté des services hospitaliers, ils ont dû également s'adapter par rapport à leur organisation habituelle en termes d'horaires et de lieux des réunions par exemple. Tous les services hospitaliers ne peuvent donc pas s'inscrire dans une telle démarche, en

²¹ Le groupe associe une dizaine de veilleurs, la responsable du CIAS, la Vice-présidente du CIAS également élue de la Ville d'Ernée, le CMP, l'Antenne Solidarité de Mayenne, le CLIC et l'association l'Eclaircie implantée sur le canton voisin de Landivy.

fonction des orientations politiques qui sont celles de leur établissement : en effet, l'ouverture vers l'extérieur n'est pas toujours une finalité prioritaire.

- Des professionnels libéraux, psychologues, sont sollicités pour assurer la supervision des bénévoles. C'est en particulier le cas des dispositifs d'écoute téléphonique ou en face à face. A noter que l'UNAFAM et le COPS 53 font appel au même intervenant.
- **répondre aux besoins d'un usager ayant sollicité un dispositif bénévole.**
 - Dans le domaine sanitaire, quand elles existent, les relations sont nouées avec des services hospitaliers spécialisés, le plus souvent avec les CMP, comme en Mayenne : le CMP du CH Nord Mayenne peut être alerté par un bénévole du GERME, de Source ou de l'Eclaircie : après un échange avec le médecin psychiatre, le service peut décider d'aller au domicile de la personne pour évaluer la situation. De même, les psychiatres de l'UPS du CHS Georges Daumezon accueillent également des usagers qui leur sont orientés par les bénévoles du GPS de la Communauté de Communes de Vallet. Quelques contacts ont pu être pris avec des professionnels de santé du secteur libéral : psychologues, médecins généralistes,...mais ils restent rares.
 - Dans le domaine social, sont souvent mentionnés les travailleurs sociaux et les associations caritatives ou occupationnelles. En milieu rural, les CCAS, de même que les acteurs du secteur médico-social, intervenant en particulier auprès des personnes âgées (CLIC, EHPAD, ADMR, SSIAD...) sont également des interlocuteurs des dispositifs bénévoles.
- **apporter un soutien organisationnel aux bénévoles.** Ce point concerne spécifiquement la Mayenne, où l'IREPS a été missionnée par la DT ARS pour proposer un accompagnement aux dispositifs bénévoles, organiser des formations à l'écoute, apporter un appui méthodologique et documenter les acteurs sur le thème de la prévention du mal-être et du suicide. Il faut souligner que cette mission a été mentionnée plutôt par les acteurs locaux que par les bénévoles.

Les partenariats opérationnels sont beaucoup moins fréquents que les liens avec les partenaires institutionnels. Ils sont principalement le fait de dispositifs bénévoles de veille visant l'accompagnement de personnes avec comportements suicidaires ou à risque et visent en particulier les professionnels de santé. Ils s'inscrivent majoritairement dans des relations bilatérales plutôt que dans une coordination d'ensemble.

Une recherche variable de partenariats opérationnels selon les types d'activité

Le constat général est celui de modalités de travail partenarial très limitées entre bénévoles et professionnels, bien que des nuances soient à apporter en fonction de l'action des bénévoles.

La volonté des dispositifs de développer des partenariats revêt, en effet, une intensité différente et vise des objectifs hétérogènes selon les types d'activité :

- **Les dispositifs d'écoute (téléphonique, via Internet et, dans une moindre mesure, en face à face) recherchent peu de contacts avec les acteurs locaux**, si ce n'est pour se faire connaître et sensibiliser le grand public au mal-être et à leur action. En effet, les principes de l'écoute (anonymat, confidentialité, écoute non-directive) ne favorisent pas les partenariats, voire les limitent. Les relations avec les professionnels de santé sont, quant à elles, plus spécifiquement recherchées pour la formation des écoutants.
- **Les dispositifs locaux de veille sont, au contraire, plus en attente d'échanges**, en particulier avec les professionnels de santé. Cela tient notamment à leur mission d'orientation, mais aussi à leur besoin d'être soutenus, rassurés par rapport à leur pratique.
- **Les groupes de parole étant le plus souvent animés par des professionnels, peu de besoins et de recherche de partenariats sont repérés à l'issue des entretiens**, d'autant que ces groupes n'ont pas pour objectif de conseiller et d'orienter les participants, mais de permettre aux participants d'échanger entre eux sur leurs expériences, leurs émotions.
- **Les collectifs recherchent par essence à développer leur partenariat**, en ayant des objectifs plus ou moins ambitieux (cf. ci-dessus).

Sur les 20 structures sollicitées, on en dénombre ainsi **sept, qui apparaissent peu intégrées au réseau local d'acteurs**. Outre le type d'activité, le manque de disponibilité des bénévoles est aussi un facteur d'explication de la faiblesse des relations partenariales. De plus, **les partenariats des dispositifs bénévoles avec les professionnels de santé hospitaliers sont très dépendants de l'orientation que le responsable entend donner à son service** : dans les services où l'accent est mis sur l'ouverture vers l'extérieur, les relations sont logiquement facilitées.

Du point de vue des professionnels, le partenariat avec les dispositifs bénévoles n'est actuellement, à quelques exceptions près, pas un but poursuivi :

- En premier lieu, comme évoqué plus haut, les professionnels ont peu d'attentes vis-à-vis des bénévoles. Néanmoins, les professionnels du secteur social semblent globalement rechercher davantage de liens avec les bénévoles que les professionnels de santé (cf. point sur les incompréhensions).
- Leur temps étant compté et le partenariat étant considéré comme « chronophage », ils privilégient les relations entre professionnels. Pour illustration, un directeur d'établissement social constate « *les dispositifs bénévoles ont un rôle mais on ne les mobilise pas par manque de temps. On privilégie les partenariats les plus utiles pour l'activité* ». Pour le coordinateur d'un réseau, « *la coordination entre professionnels de différents secteurs/institutions prend déjà du temps. Il ne faudrait pas ajouter une strate supplémentaire* ». Des infirmiers ou cadres de santé de CMP ne sont plus non plus en mesure de participer aux réunions des dispositifs bénévoles.

- Des professionnels qui participaient initialement à des réunions organisées par les dispositifs bénévoles se sont désengagés parce qu'ils ne percevaient pas clairement les objectifs du dispositif, ses intentions et ses réalisations.
- Les professionnels, hors secteur de la psychiatrie, privilégient une orientation vers des acteurs médicaux. Les orientations vers les dispositifs bénévoles sont extrêmement rares.

Néanmoins, là encore, il n'est pas possible de généraliser. Selon les contextes, les habitudes de travail partenarial, les relations interpersonnelles existantes ou encore la perception qu'ont les acteurs locaux des bénévoles, des interactions peuvent exister entre professionnels et bénévoles.

Certains facteurs cumulatifs semblent favorables à l'établissement de relations partenariales :

- Le type d'activité, tout d'abord : comme indiqué ci-dessus, la veille, orientée vers l'accompagnement des personnes avec comportements suicidaires, est une activité qui nécessite, de fait, davantage de travail en réseau que les autres interventions bénévoles.

Cependant, il est bien évident que ce facteur n'engendre pas à lui seul des partenariats. Il doit être associé à d'autres facteurs plus structurels liés à l'organisation existante sur le territoire.

- Les orientations inscrites dans les projets d'établissement sanitaire ou dans les politiques publiques des collectivités peuvent aboutir à positionner les dispositifs bénévoles comme un partenaire de l'action publique.

C'est par exemple le cas en Mayenne, où il existe un vrai partenariat (certes effectif depuis peu) entre le CMP du CH Nord Mayenne et le GERME (cf. ci-dessous), de même qu'entre les dispositifs bénévoles et les Antennes Solidarité du Conseil Général²². Sur ce territoire, les institutions ont effectivement choisi de s'ouvrir sur l'extérieur et de s'appuyer sur les dispositifs de proximité existants pour aller au devant de la population.

Sous un angle similaire, les travaux d'élaboration des Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) ont été l'occasion d'associer les dispositifs bénévoles aux groupes de travail à Angers, Laval et Mayenne.

- L'adossement du dispositif bénévole à un CCAS favorise également les liens avec les acteurs institutionnels et associatifs du territoire. C'est le cas pour L'Escale au Mans et pour le GERME sur la communauté de communes d'Ernée.

Des incompréhensions entre professionnels et dispositifs bénévoles qui freinent les collaborations

Lorsqu'acteurs locaux et dispositifs bénévoles se connaissent à minima, restent des incompréhensions sur les objectifs, les missions et la place respective de chacun. Pour illustration, les bénévoles ne comprennent pas toujours que les professionnels de santé et du

²² Les Antennes Solidarités correspondent à des espaces de proximité gérés par le Conseil Général et implantés dans tout le département de Mayenne. Elles ont vocation à accueillir du public et à lui proposer des rencontres avec des agents du Département, professionnels du social et du médico-social.

social n'aillent pas vers les publics en difficulté et conditionnent leur intervention à une démarche volontaire, à une demande expresse. Ils ont également du mal à concevoir les contraintes administratives des services en termes de gestion des ressources humaines et d'horaires d'ouverture par exemple, qui impliquent que, contrairement aux bénévoles, ils ne sont pas dans l'immédiateté de la réponse. De leur côté, quelques professionnels de psychiatrie ne comprennent pas le positionnement adopté par certains bénévoles, consistant à ne pas utiliser le terme « suicide ». Ils ne comprennent pas non plus le principe de non-directivité, se traduisant par l'absence d'orientations : pour eux, cela peut constituer une carence importante des dispositifs bénévoles.

Deux anecdotes illustrent bien cette difficulté à se comprendre entre professionnels et bénévoles :

- Sur un territoire, une association a souhaité organiser une rencontre publique en mettant l'accent sur la possibilité de vivre mieux après une période de souffrance. Elle a fait appel à des intervenants présentant les bienfaits de méthodes telles que la sophrologie et le yoga. Elle aurait aimé que le CMP participe également à cette manifestation et n'a pas compris que ce dernier refuse. De son côté, le CMP a jugé que le thème abordé ne justifiait pas son intervention et s'est étonné que l'association lui demande de participer.
- Sur un autre territoire, un bénévole ayant appelé les Urgences pour signaler une personne en détresse s'est vu demandé par le professionnel de réaliser une évaluation de l'état de santé de la personne, ce que le bénévole a refusé considérant qu'il n'était pas apte pour une telle démarche.

La vision des relations partenariales par les différents acteurs met également en évidence des incompréhensions :

- Du côté des professionnels du social, certains acteurs qui connaissent un peu les dispositifs bénévoles, regrettent que ces derniers travaillent seuls, ne sollicitent pas suffisamment les partenaires. Les représentants d'un Département invitent ainsi les bénévoles à « *[développer] leur pouvoir d'agir, notamment en s'appuyant sur le collectif* ». Ils regrettent l'absence de « *logique de réseau* ». Ce regret est partagé par le chargé de projet d'une Ville, qui a « *le sentiment que le [dispositif] travaille seul, sans solliciter la Ville ou d'autres acteurs qui pourraient l'aider à définir les objectifs, les cibles et les thèmes [de leurs actions d'information et de communication]* ».
- Du côté des bénévoles, la recherche de partenariats avec les professionnels de santé peut être une source de déceptions face au sentiment d'un manque de reconnaissance de leur rôle. La création de contacts avec ces professionnels est soulignée à plusieurs reprises comme particulièrement problématique. Quelques dispositifs bénévoles ont ainsi le sentiment de ne pas être reconnus : « *On aimerait être reconnu et respecté, qu'il y ait plus de travail partenarial constructif* » ; « *Parfois des partenaires peuvent être craintifs, y compris au CMP. La place de l'association doit donc être bien définie avec eux. Aujourd'hui c'est le cas mais dès qu'il y a un changement de personne, ce travail est à refaire* ».

La connaissance réciproque entre les différents acteurs de la prévention du suicide et, plus encore, la coordination sont largement perfectibles, malgré l'organisation régulière de colloques, rencontres et l'émergence de réseaux. Le constat établi en 2012 par l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide reste donc vrai : *« les différents dispositifs et acteurs qui œuvrent contre le suicide sont insuffisamment coordonnés en matière de prévention, de prise en charge et de partage des connaissances »*. Or, ce travail est essentiel pour que chacun ait une vision claire des missions de l'autre, mais il exige un véritable investissement, une implication.

4.3. UNE PLACE QUE BENEVOLES ET PROFESSIONNELS SOUHAITENT LIMITEE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE AVEC COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Une utilité que les dispositifs bénévoles situent dans l'écoute et la proximité bienveillante avec la personne

Quelque soit l'activité proposée, les bénévoles interviewés et les responsables des dispositifs affirment fortement les limites de leur rôle et leurs différences avec les soignants. **Ils distinguent l'écoute bienveillante et vigilante qu'ils peuvent apporter et l'accompagnement thérapeutique proposé par les soignants.**

Très peu de dispositifs bénévoles tentent de repérer systématiquement une personne en situation de crise suicidaire.

Ce constat est d'autant plus vrai qu'il s'agit d'un dispositif d'écoute à distance ou en face à face. Parmi les 10 dispositifs proposant de l'écoute, une seule association utilise une grille d'appréciation du degré d'urgence de la situation, grille établie à la suite de la formation au repérage de la crise suicidaire financée par l'ARS. Les écoutants ne prendront pas l'initiative de parler du suicide. Ils aborderont le sujet uniquement si l'appelant l'évoque. Pour les bénévoles entendus, y compris s'ils ont été formés, le repérage de la crise suicidaire n'est pas nécessairement un objectif qu'ils se donnent. De plus, cette démarche leur apparaît très complexe et ils hésitent à s'y associer, d'autant que cela accroît le poids et la responsabilité qu'ils sentent peser sur leurs épaules. Cette situation est également celle des dispositifs de veille à vocation sociale.

Les dispositifs de veille visant l'accompagnement de personnes avec comportements suicidaires ou à risque sont davantage dans le repérage des risques suicidaires, mais l'intensité de cette démarche dépend de la proximité du dispositif avec les professionnels de la psychiatrie.

Dans le cas des dispositifs d'écoute téléphonique, par Internet ou en face à face, conformément aux principes choisis par la plupart des structures, les bénévoles rappellent qu'ils ne sont pas *« censé[s] donner des indications, des conseils, inciter la personne à faire ceci ou à ne pas faire cela »*. Ils tiennent à ce principe de non-directivité, qui les prémunit d'un engagement dans un accompagnement, un suivi. **Pour de nombreux bénévoles, l'absence d'accompagnement est, en effet, une différence fondamentale avec les professionnels et c'est ce que viennent chercher les usagers** : souvent déjà suivies par ailleurs (par un ou des travailleurs sociaux

et/ou par un professionnel de santé), les personnes sollicitent une écoute différente, non ciblée, non médicale. Pour ces acteurs, **l'écoute constitue une aide en soi**, visant à libérer la parole, affirmation que les professionnels de santé remettent en cause. Un bénévole résume ainsi ce constat : « *même si on parle de tout et de rien, ça peut aider les gens* ». **De par leur proximité, leur attitude bienveillante, leur disponibilité, leur « statut » non médical, de personne lambda**, les bénévoles peuvent « *voir des choses que les professionnels ne voient pas* », « *avoir une attention particulière envers les gens* », offrir « *une compréhension et une écoute que les professionnels ne peuvent pas toujours avoir* », car « *les bénévoles et le public sont sur un pied d'égalité* ». Beaucoup insistent sur les limites du soutien qu'ils peuvent apporter : « *Je ne suis que bénévole, je ne veux pas devenir une professionnelle de cela* » ; « *Le bénévole ne règle pas les problèmes* », « *On n'est pas à même de juger une situation. On doit simplement être vigilant ; on n'est pas dans un rôle de prescripteurs, mais dans un temps d'échange avec la personne* ».

Dans le cas de **dispositifs de veille**, les bénévoles vont au-delà de l'écoute. Comme indiqué plus haut, ils **vont vers les personnes en souffrance et peuvent leur proposer une orientation**. Ils expriment leur rôle de la manière suivante : « *La personne en souffrance ne vient pas directement. Il faut se mettre sur son chemin. Il faut qu'un climat de confiance se crée. Il faut inciter à parler, car la parole libère.* ». Plus tard, ils précisent « *on n'est pas des soignants. On est à l'écoute. On peut orienter vers le CMP, l'assistante sociale de secteur ou des associations. Certains bénévoles appellent le médecin traitant de la personne ou l'incitent à aller le voir. On n'oriente pas systématiquement. Parfois, les personnes ont juste besoin de parler* ».

Les deux paragraphes précédents soulignent une **approche différenciée du rôle des bénévoles** :

- **Être dans une démarche passive** : être vigilant face à l'expression d'un mal-être, sans viser le repérage de la crise suicidaire, permettre à la personne de s'exprimer, en adoptant une démarche lui permettant de trouver une solution par elle-même,
- **Être dans une démarche active** : repérer la souffrance psychique des personnes, aller vers elles, leur proposer une orientation.

Ces deux approches soulignent une vision différente de la personne en souffrance : les écoutants supposent que la personne est en capacité d'exprimer sa souffrance et de demander de l'aide, tandis que les veilleurs partent du postulat que la personne ne peut pas s'exprimer spontanément, d'où la nécessité d'aller vers elle.

Peu de bénévoles ont évoqué les actions d'information et de sensibilisation à l'attention du grand public. Cette activité a été davantage citée en Mayenne. Dans ce département, les bénévoles remarquent que les conférences ou réunions publiques répondent à un besoin : elles sont l'occasion pour les participants d'échanger sur leurs expériences, de prendre conscience qu'elles ne sont pas seules à connaître leur situation. Les bénévoles ont d'ailleurs parfois été surpris par l'affluence lors des réunions. Ces moments constituent également un moyen pour eux d'être repérés, voire interpellés par des personnes qui ne vont pas bien ou par un proche.

Les investigations sur site n'ont pas permis d'approfondir la place des dispositifs en matière d'animation de groupes de paroles, du point de vue des bénévoles. Pour rappel, cependant, ces groupes sont en principe animés ou co-animés par un professionnel et visent non pas à fournir des conseils mais à faciliter l'échange entre pairs.

Une utilité des dispositifs bénévoles que les professionnels de la santé et du social situent majoritairement dans la proximité et les qualités humaines relationnelles

La grande majorité des professionnels rencontrés place l'intervention des bénévoles dans un registre plutôt social visant la lutte contre l'isolement, qui peut contribuer à la prévention du suicide très en amont de l'acte suicidaire. Pour ces professionnels, la prévention de la crise suicidaire doit s'appuyer sur des professionnels, voire exclusivement sur du personnel médical. Un intervenant de la MSA résume ainsi ce constat : « si les personnes suicidaires relèvent du médical, ce n'est pas le cas des personnes en mal-être, en souffrance ». Un nombre plus restreint d'interlocuteurs positionne l'action bénévole en prévention de l'acte suicidaire ou de la récurrence, parallèlement à la prise en charge et après l'hospitalisation. Aussi, plusieurs psychiatres hospitaliers souhaiteraient que soit développée l'intervention bénévole après une hospitalisation et dans le domaine de la postvention. Or, il leur semble que les bénévoles agissent actuellement peu à ce moment.

Les avis divergent donc sur le positionnement des bénévoles : pour certains acteurs, majoritaires, l'action des bénévoles doit se limiter à la création du lien social et à la lutte contre l'isolement, alors que pour d'autres, les plus rares, les bénévoles peuvent avoir un rôle de repérage de la crise suicidaire. L'avis de ces derniers peut cependant reposer sur une vision erronée de l'activité des bénévoles : ces professionnels supposent, en effet, que les bénévoles veilleurs comme écoutants assurent une mission de repérage et d'orientation des personnes avec comportements suicidaires. Or, comme indiqué précédemment, les bénévoles écoutants, de même que certains veilleurs, sont rarement dans ce registre.

Des différences s'expriment selon les activités évoquées et selon la compréhension plus ou moins extensive que les professionnels de la santé et du social ont de la notion de « prévention du suicide ».

En premier lieu, l'écoute, quel que soit le média utilisé, est l'activité sur laquelle le plus d'appréciations sont formulées, car elle est aussi l'activité la plus connue ou sur laquelle les professionnels ont l'impression d'en savoir le plus. Cette activité recueille majoritairement des avis positifs. Les professionnels considèrent, en effet, que les personnes en souffrance peuvent avoir besoin d'une écoute généraliste, non « étiquetée », non médicale qui facilite la première expression du mal-être. En revanche, des professionnels de santé mais aussi des acteurs institutionnels ont du mal à comprendre le principe de non-directivité : contrairement aux bénévoles pour qui l'écoute est une aide en soi, ils se demandent à quoi sert d'écouter si rien n'est fait ensuite pour apporter une solution. Plusieurs médecins psychiatres s'interrogent, en outre, sur la pertinence de l'écoute par messagerie.

L'activité de veille offre, quant à elle, une aide de proximité qui n'existe pas en dehors des bénévoles. Selon certains professionnels, notamment de santé, les bénévoles apportent une capacité de repérage des personnes en souffrance que les professionnels de santé ne peuvent pas avoir puisqu'ils ne sont pas intégrés au sein de la population d'un territoire donné, cette distance étant d'ailleurs nécessaire pour effectuer une prise en charge adaptée. Pour un cadre de santé d'un CMP, « les bénévoles apportent énormément pour repérer les personnes vulnérables. Ils sont des personnes ressources, car ils sont dans le tissu social de la collectivité ». En effet, agissant sur un territoire, dont le périmètre est limité, les bénévoles peuvent s'appuyer sur un réseau d'acteurs (associations, professionnels du social, de la santé, du droit,...) qu'ils connaissent bien.

Pour un médecin généraliste, « *il est essentiel d'avoir plusieurs systèmes de repérage : il y a le repérage par le médecin mais l'aspect médical peut bloquer la personne et le repérage par le bénévole, qui apporte une approche différente, sans attente, sans pression* ». Les interrogations émises à l'égard des activités de veille concernent les règles mises en place pour respecter l'intimité, pour limiter l'ingérence dans la vie de personnes qui n'ont pas forcément demandé de l'aide et pour respecter la confidentialité des informations recueillies. Des professionnels de santé mais aussi du secteur social sont donc « *plutôt réticent[s] à l'intervention bénévole car elle nécessite d'être fortement encadrée* ». Une responsable d'un établissement social, sur un territoire où il n'y a pas encore de dispositif, s'interroge : « *est-ce bien raisonnable de faire intervenir des bénévoles sur ces questions là [veille], car il faut être sacrément armés ?* ».

Concernant les **groupes de paroles**, il s'agit du type d'action le moins connu des professionnels, qui, en conséquence, ont formulé **peu d'avis à ce sujet**. Lorsqu'ils l'ont fait, cet avis est plutôt défavorable à l'intervention bénévole : pour eux, l'animation de groupes de paroles relève de professionnels.

Enfin, **l'organisation d'actions d'information / sensibilisation à la prévention du suicide et du mal-être a soulevé peu de remarques**. Les professionnels rencontrés y ont peu participé. Une nuance est à apporter pour la Mayenne : la pièce de théâtre « Semailles d'Automne », organisée en partenariat par le COPS 53, a été très appréciée. Un CMP remarque tout de même que ces réunions mettent en évidence un certain malaise des bénévoles avec le sujet du suicide : ce terme est rarement utilisé dans l'intitulé de la conférence. La crainte des professionnels est que ces réticences à aborder frontalement le suicide impactent l'aide apportée par les bénévoles à des personnes en souffrance psychique.

Quelque soit les limites plus ou moins strictes posées à l'action des bénévoles, tous les professionnels émettent des conditions à respecter. Ils rappellent enfin que si la mobilisation de l'ARS autour de la question du suicide apparaît importante, « *on ne bâtit pas une politique publique de prévention avec des bénévoles* ».

Au sein des dispositifs bénévoles, des raisons individuelles et structurelles qui freinent le repérage et l'accompagnement des personnes suicidaires

Les points évoqués ci-après ont déjà été mentionnés dans le corps du rapport, mais il apparaît important de les repositionner rapidement ici comme frein au repérage et à l'accompagnement des personnes en souffrance psychique.

Au niveau individuel, l'activité réalisée par les bénévoles peut générer chez eux des inquiétudes, voire des peurs :

- Ils peuvent ainsi exprimer un **sentiment d'isolement et de crainte concernant leurs pratiques** et ce qui peut se passer après l'appel ou la rencontre. Ce sentiment est principalement exprimé par des bénévoles pratiquant l'écoute téléphonique, mais il n'est pas partagé par tous, en fonction des enjeux que les uns et les autres placent dans leur mission.

Un veilleur indique « *on agit avec ce qu'on pense. On ne sait pas si on fait bien, mais on écoute* ».

De son côté, un écoutant au téléphone met en évidence le contraste flagrant existant entre le temps de formation riche en échanges entre aspirants bénévoles, anciens bénévoles, formateurs et le moment où il se retrouve seul avec son téléphone.

- Pour les veilleurs intervenant auprès de personnes suicidaires ou en souffrance psychique, la **difficulté est d'aller vers la personne** quand la sollicitation de l'aide provient de l'entourage.

Les veilleurs d'un dispositif bénévole décrivent ainsi leur approche : « *On repère les gens qui ne vont pas bien, mais on ne veut pas aller au devant des gens qui ne seraient pas prêts. [...] On garde un œil sur les personnes qui refusent notre aide mais c'est la limite. On fait des petits coucous de temps en temps* ». Sur un autre territoire, un bénévole avoue que « *aller vers les gens, c'est très compliqué : comment les aborder ?* » et qu'il ne s'en sent pas capable. Enfin, dans un autre lieu, un bénévole constate que le dispositif reçoit de plus à plus d'appels provenant de l'entourage des personnes en souffrance psychique et que les bénévoles ne sont pas forcément préparés à traiter ces appels.

Les professionnels de santé mettent, de leur côté, en évidence les risques d'une trop grande proximité avec les personnes accueillies, d'une distanciation insuffisante par rapport aux situations rencontrées, d'un encadrement trop distant. D'après un professionnel d'un CMP, « *les bénévoles différencient mal la réalité de leur projection. Ils évaluent difficilement l'intentionnalité de la personne* ». Il identifie également un « *risque d'envahissement pour le bénévole : que faire des histoires reçues ?* ». De même, un responsable d'une structure médico-sociale relève le paradoxe dans lequel se situent les bénévoles : « *leur plus-value est d'être dans la proximité, on leur demande cette proximité, mais, en même temps, il faut qu'ils prennent de la distance par rapport aux situations* ».

Au niveau des structures, les difficultés sont principalement liées :

- A leur manque de structuration,

Les problèmes sont de différents types : manque de visibilité, manque de fonctions support assurant la coordination des intervenants, l'animation du dispositif ou de secrétariat ; manque de clarté des finalités de l'action bénévole impliquant un flou autour des limites de leur intervention ; ou encore difficulté à appliquer la formation au repérage de la crise suicidaire.

- A la taille réduite de certaines équipes (en particulier de veilleurs) et aux risques de démobilisation des bénévoles,

« *Les ressources très réduites de certaines associations questionnent* ». Nombreux sont les acteurs qui préviennent « *les bénévoles sont peu nombreux et ils s'essouffent* », « *il ne faut pas user les bénévoles* », « *il faut prendre soin des bénévoles* ».

- Au manque d'appui des professionnels (cf. plus haut).

Les conditions minimales pour l'obtention d'une place dans l'accompagnement des personnes suicidaires, d'après les professionnels

A la demande du prestataire, les professionnels ont précisé quelles sont, selon eux, **les conditions d'accompagnement des personnes suicidaires par des bénévoles**. Ces conditions sont unanimement partagées. Il n'y a pas de différences notables dans l'expression de ces conditions entre professionnels de santé et professionnels du social.

- Concernant les structures :

- **Les dispositifs bénévoles doivent être adossés à une structure professionnelle et intégrés dans un collectif** impliquant des professionnels de la santé.

L'activité bénévole doit s'inscrire dans un collectif, qui offre des garanties en termes de visibilité de l'action, d'homogénéité des pratiques, de respect des règles initialement posées. D'après un médecin psychiatre sollicité pour l'évaluation, *« l'essentiel est la mise en lien »*, ce qui suppose la création d'une relation de confiance entre professionnels de santé et bénévoles. De plus, l'intégration à un collectif doit permettre d'offrir une certaine stabilité au dispositif, en évitant qu'il ne soit trop lié à quelques personnes de bonne volonté.

Pour plusieurs professionnels du secteur de la santé ou du social, les bénévoles ne peuvent agir qu'avec un fort appui des professionnels de santé, en particulier d'un CMP.

- **Des objectifs clairs, précis doivent être définis**, afin qu'il soit plus aisé de connaître et identifier les limites de l'intervention des bénévoles, pour eux-mêmes et pour les partenaires potentiels. Il s'agit de poser un cadre d'intervention qui soit régulièrement repositionné. En effet, en l'absence d'un tel cadre, le risque est que les bénévoles interviennent selon leur propre schéma de pensée, leur propre cadre de références. Cet outil doit également faciliter le passage de relais des bénévoles vers les professionnels. Finalement, *« il faut que les bénévoles soient clairs sur ce qu'ils peuvent construire et faire »* ou ne pas faire.

- Concernant les bénévoles :

- **Les modalités de recrutement doivent être rigoureuses et sélectives,**

En particulier, les motifs de l'engagement bénévole doivent être précisément analysés, car être aidant n'est pas possible pour tout le monde : il faut une capacité d'écoute, d'absorption des informations recueillies, de compréhension des situations, des besoins et des attentes. De plus, certaines histoires personnelles fragilisent trop les candidats pour qu'ils puissent apporter une aide.

- **Les bénévoles doivent systématiquement être formés** (à l'écoute, au secret professionnel, au risque suicidaire,...), **bénéficiaire d'une supervision et d'une analyse de la pratique,**

Tous les professionnels sont convaincus que « *la bonne volonté ne suffit pas* » et qu'une formation initiale et continue est indispensable à l'action bénévole. En effet, les bénévoles peuvent avoir de grosses responsabilités alors qu'ils ne sont pas professionnels. La formation doit apporter les garanties nécessaires au bon fonctionnement des dispositifs.

Si la formation est incontournable, elle ne suffit pas. Le retour sur les pratiques est également fondamental : les bénévoles doivent, selon les professionnels, s'interroger régulièrement sur ce que l'écoute a apporté à la personne. Ils doivent pouvoir « *se décharger* » des situations qu'ils ont entendues, d'autant qu'ils ne perçoivent pas l'urgence, la souffrance comme les professionnels.

5. REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

5.1. UNE CONTRIBUTION DES DISPOSITIFS BENEVOLES A L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SUICIDAIRES A ETAYER

Une approche des publics cohérente avec les orientations du Projet Régional de Santé

Les finalités des dispositifs bénévoles sont en cohérence avec l'orientation stratégique du projet régional de santé visant à mettre la personne au cœur des préoccupations du système de santé. Dans le détail, elles correspondent aux deux objectifs du PRS déclinés à partir de cette orientation stratégique, à savoir « être acteur de sa santé » et « une démarche centrée sur la personne ». En effet, les structures qui proposent des modalités d'accueil et d'écoute des personnes en souffrance (veille, écoute, groupes de parole) ont toutes **une approche, qui part de la demande de la personne telle qu'elle s'exprime²³, visant à mobiliser la capacité de la personne à trouver par elle-même la solution qui convienne à sa situation.** Par ailleurs, concernant plus spécifiquement l'objectif de mise en place d'une démarche centrée sur la personne, **les dispositifs bénévoles cherchent à développer un service lisible, ce qui correspond à l'un des résultats visés par le PRS. Des améliorations sont encore largement possibles :** les acteurs ont tous mis en place des actions de communication pour se faire connaître du grand public et des partenaires ; ils ont, pour certains, participé à l'élaboration d'annuaires des acteurs de la prévention du suicide ou créé un site Internet. Mais, les dispositifs bénévoles restent confidentiels et très peu connus des professionnels. **Le développement d'une écoute plus attentive est un autre objectif fixé par le PRS :** les processus de décision doivent mieux intégrer la perception et l'analyse par la personne elle-même de sa situation, de son problème de santé²⁴. **Les dispositifs bénévoles peuvent sans doute y contribuer par la médiation qu'ils sont susceptibles de réaliser entre les personnes et les professionnels de santé. Cependant, il apparaît actuellement que tous les dispositifs bénévoles ne se donnent pas pour objectif d'orienter les personnes qui les contactent, et que ces dernières ne souhaitent pas nécessairement une orientation.** Par conséquent, leur rôle en la matière ne peut qu'être limité, d'autant que le partenariat avec les professionnels de santé est aujourd'hui complexe.

Pour autant, les responsables interrogés ont une connaissance imprécise des objectifs du schéma régional de prévention. Même lorsqu'un des membres de l'association a participé à des réunions de présentation organisées par les autorités sanitaires, les objectifs de la politique régionale de lutte contre le suicide sont peu connus. Un manque de visibilité est souvent évoqué : le PRS, voire la politique publique elle-même, apparaissent trop complexes à s'approprier. Spontanément, lorsque l'on demande aux représentants des structures, leur perception de la politique régionale de lutte contre le suicide, ils évoquent les Journées Nationales de Prévention du Suicide et les éventuelles autres réunions proposées par l'ARS. Ils apprécient hautement ces journées : un Président de structure indique ainsi que les rencontres,

²³ L'activité de veille appelle une nuance sur ce point : les veilleurs peuvent aller à la rencontre de personnes qui n'ont pas formulé de demandes, mais pour lesquels un besoin a été repéré. Néanmoins, la personne reste libre de refuser d'accueillir les veilleurs.

²⁴ Projet régional de santé 2012 – 2016, Orientations stratégiques, p.26

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

associant professionnels et associations, donnent un sentiment de reconnaissance, provoquent une saine émulation et permettent à tous les acteurs d'aller dans le même sens.

En revanche, l'orientation visant à organiser une offre de proximité est moins mise en œuvre : en effet, le travail partenarial est très différemment avancé selon les territoires (cf. conclusion relative à l'articulation entre les dispositifs bénévoles et avec les professionnels de santé et du social).

Un manque de connaissance des causes du suicide dans les Pays de la Loire permettant difficilement d'étayer le positionnement des dispositifs bénévoles.

L'analyse des statuts des associations ainsi que les échanges avec les responsables des structures ont conduit à classer les 20 entités sollicitées en fonction de **trois finalités** :

- Lutter contre l'isolement,
- Proposer un espace de parole à des personnes en souffrance psychique,
- Accueillir des personnes confrontées à des comportements suicidaires ou prévenir le suicide par la création de collectifs ou regroupements d'acteurs.

La majorité des dispositifs bénévoles sollicités et des bénévoles qui les composent n'affirment pas un rôle en matière d'accompagnement des personnes avec comportements suicidaires. Or, tous sont amenés à être en contact avec des personnes suicidaires.

S'il est important d'avoir des réponses diversifiées en matière de prévention du suicide, **l'adaptation de ces différentes réponses à la situation de la personne en souffrance psychique dépendra de son état d'avancement dans le processus suicidaire et des raisons qui la conduisent à cette souffrance**, voire à des comportements suicidaires. Dans certains cas, la personne aura les moyens de demander de l'aide, dans d'autres, elle nécessitera qu'on aille vers elle. Dans certains cas, une écoute attentive et bienveillante suffira, dans d'autres, une orientation sera essentielle. Ainsi, d'après le programme national de lutte contre le suicide, les actions de prévention ne visent pas seulement à empêcher le geste suicidaire, mais, plus en amont, à limiter et mieux prendre en charge la souffrance psychique des individus, voire, à développer des compétences psychosociales spécifiques. Potentiellement, donc, les actions de lutte contre l'isolement et d'écoute peuvent contribuer à diminuer les risques de suicide, mais elles ne sont pas adaptées à tous types de personnes suicidaires. Les solutions à envisager doivent être nécessairement différentes selon que la personne est suicidaire parce qu'elle est dépressive, parce qu'elle souffre d'une pathologie mentale, parce qu'elle a des comportements addictifs ou parce qu'elle connaît une situation économique et sociale qui lui paraît insurmontable.

Or, aujourd'hui, le positionnement des différents types de dispositifs bénévoles ne s'appuie pas sur une analyse contextuelle des causes de suicide permettant d'identifier quels dispositifs seraient les plus efficaces pour réduire les suicides et tentatives de suicide. En effet, dans les Pays de la Loire, la connaissance du phénomène suicidaire se base essentiellement sur le nombre ou le taux de décès par suicide et de tentatives de suicide par âge, par sexe et par

département. Cela ne renvoie pas aux facteurs qui peuvent conduire au suicide ou au contraire protéger.

5.2. LES FACTEURS CLES DE SUCCES ET D'ECHEC DANS LA CREATION, LE FONCTIONNEMENT ET L'ACTION DES DISPOSITIFS BENEVOLES

Des dispositifs bénévoles qui, quelque soit le type d'activité, recherchent l'établissement d'un lien de confiance, préalable indispensable en matière de prévention du suicide

Les dispositifs bénévoles offrent, tout d'abord, un accueil et une écoute globale, dans un cadre souple, sans règles strictes (si ce n'est le respect de l'interlocuteur), ce qui répond au besoin de personnes qui veulent s'éloigner ou ne pas être pris en charge par un acteur institutionnel, qui ne souhaitent pas s'engager dans une démarche à long terme, encadrée par des procédures strictes.

La disponibilité est un autre grand atout, bien qu'elle puisse être limitée en fonction des moyens humains dont dispose la structure bénévole. Celle-ci peut être plus réactive qu'un acteur institutionnel pour répondre à une demande (l'accueil se faisant le plus souvent sans rendez-vous), accueillir à des moments où les professionnels ne travaillent pas (comme la nuit, en soirée, le week-end,...), sur des durées plus longues (le plus souvent, c'est la personne qui met fin à l'écoute, quand elle le souhaite).

Les démarches d'accueil et d'écoute sont encadrées par une charte des bénévoles ou de l'écoutant. La garantie des principes inscrits dans ces chartes s'appuie sur les actions de formation continue, la supervision et parfois, sur un bénévole ou un salarié chargé de coordonner, encadrer et soutenir les bénévoles. Il s'avère néanmoins que tous les dispositifs bénévoles n'ont pas les moyens de mettre systématiquement en place ces actions, supports pourtant indispensables à la réalisation de la mission des bénévoles. Par ailleurs, les bénévoles, s'ils sont en recherche d'échanges, n'ont pas tous la même appétence et la même disponibilité pour la formation ou pour participer aux séances de supervision et aux conférences sur le mal-être.

Ces atouts renvoient aux qualités que le Professeur Michel WALTER²⁵ met en évidence pour l'établissement d'un lien de confiance : celui-ci repose essentiellement sur les compétences individuelles de chaque intervenant (capacité d'accueil et d'ouverture à l'autre, capacité d'empathie, capacité de se lier à une personne agressive plutôt que de réagir de manière défensive, capacité de mettre en mots, capacité d'accepter le comportement suicidaire sans cautionner le geste,...).

²⁵ Dossier ADSP n°45 « La prévention du suicide », décembre 2003. Michel WALTER, professeur des universités et praticien hospitalier au CHU de Brest, chef de service du Service hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et de psychologie médicale.

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

Au regard des points précédents, les dispositifs bénévoles constituent :

- Un premier interlocuteur, permettant de pallier le refus de s'adresser à des soignants.
- Un premier interlocuteur accompagnant vers la prise de conscience du mal-être et du besoin de prise en charge.

En revanche, le rôle en matière de repérage des risques suicidaires est beaucoup moins partagé (cf. section relative à la place des dispositifs bénévoles).

Des dispositifs bénévoles qui, quelque soit le type d'activité, sont confrontés à des problèmes structurels qui freinent la mise en œuvre de leur mission

Les ressources financières et matérielles des dispositifs bénévoles sont limitées et plusieurs acteurs professionnels qualifient leur situation de précaire. Les dispositifs bénévoles ont généralement besoin de peu de matériel. Néanmoins, il apparaît important de s'assurer que le local, en cas d'accueil du public, est suffisamment grand et présente les conditions nécessaires à cet accueil (sécurité, confidentialité,...). Concernant les ressources financières, plusieurs dispositifs regrettent la baisse tendancielle des subventions. Si ce constat n'est pas vrai dans toutes les structures, les financements actuellement attribués ne permettent pas d'assurer la formation initiale et continue de l'ensemble des bénévoles. Les dispositifs bénévoles manquent également de moyens humains dédiés ou en capacité de s'occuper de l'animation, du secrétariat et de la coordination du dispositif avec l'existant. Actuellement, la faiblesse des moyens des dispositifs bénévoles questionnent leur capacité à pérenniser leur action et à encadrer correctement la mission des bénévoles.

Il en résulte que **la formation et l'encadrement des bénévoles peuvent être trop limités au regard des situations que les bénévoles ont inévitablement à croiser**. Qu'ils soient veilleurs ou écoutants, les bénévoles jugent complexe la mise en œuvre de la formation au repérage de la crise suicidaire. Ils sont ainsi peu nombreux à avoir l'initiative d'aborder la question du suicide et à rechercher les signes de comportements suicidaires. Ils ont exprimé à plusieurs reprises un sentiment d'impuissance face à des situations de crise. En outre, les veilleurs ne sont pas systématiquement formés au repérage de la crise suicidaire ; les écoutants ne sont pas systématiquement formés à l'écoute. La supervision est très souvent réalisée par un professionnel de santé extérieur à la structure mais tous les bénévoles ne s'y rendent pas. En outre, elle apparaît parfois insuffisante pour rassurer les bénévoles sur leurs pratiques, leur savoir-faire et leur savoir-être. Un certain nombre de bénévoles sont en effet aujourd'hui isolés, dans des structures où les équipes s'essouffent. Or, la supervision est essentielle pour repositionner le cadre et les limites de l'intervention bénévole.

Les difficultés en matière de gestion des ressources humaines s'expriment encore à deux niveaux. **En premier lieu, le recrutement des bénévoles est le problème essentiel des dispositifs**. Non seulement les candidats sont rares, mais ils doivent réunir de nombreuses qualités personnelles et accepter de s'investir dans la structure. Pour les structures qui souhaitent intervenir dans l'accompagnement des personnes suicidaires, les modalités de recrutement ne semblent, actuellement, pas toujours suffisamment sélectives. **En second lieu, la position des bénévoles peut notamment être difficile dans le cas d' « habitués », qui sollicitent régulièrement le dispositif**. Il peut alors s'installer une relation de dépendance

entre l'écouter et l'écouter, ce qui représente un risque ou peut générer un sentiment de lassitude pour le bénévole. Aussi, les responsables des structures essaient-ils de mettre en place des règles pour limiter cette dépendance (écoute en binôme, roulement des bénévoles au niveau des jours et horaires de permanences, écoute exclusive de la demande présente,...).

Enfin, les **dispositifs bénévoles manquent de visibilité**. Les efforts des dispositifs pour communiquer par le biais de plaquettes, d'articles de presse, d'interventions radiophoniques ou de conférences ne suffisent pas. L'impact des actions de communication est très faible : les objectifs visant à se faire connaître et à recruter des bénévoles ne sont, dans l'ensemble, pas atteints. La diffusion des documents de communication, qui a pu être importante, ne suffit manifestement pas. C'est un des facteurs, mais pas le seul, expliquant la faiblesse des relations partenariales avec les professionnels, notamment du secteur de la santé (cf. ci-dessous).

5.3. L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS BENEVOLES ENTRE EUX ET AVEC LES ACTEURS PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SECTEUR SOCIAL

Une proximité qui n'est pas organisée contrairement à l'objectif du Projet régional de santé

La deuxième orientation stratégique du PRS 2012 – 2016, qui s'intitule « la proximité organisée » et vise notamment la mise en place de coopérations centrées sur les besoins des personnes dans les territoires de proximité et le renforcement de la connaissance mutuelle entre professionnels, établissements et acteurs locaux de la prévention, du soin, du médico-social et du social, reste à concrétiser dans le domaine de la prévention du suicide.

Ce constat se vérifie en particulier pour les activités d'écoute, de veille à vocation sociale et l'animation de groupes de paroles. Il est moins vrai pour les dispositifs de veille orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires ou à risque.

Or, l'organisation d'une action coordonnée est fondamentale en matière d'accompagnement des personnes suicidaires : en effet, selon Jean-Louis TERRA, cet accompagnement s'organise autour de trois niveaux d'intervention (acteurs de la détection, acteurs de la construction d'une protection et acteurs de la prise en charge). Chacun des niveaux doit permettre « *que la personne trouve le plus rapidement possible quelqu'un sur son chemin, qu'elle n'ait à raconter son histoire qu'à un faible nombre de personnes et qu'elle obtienne des réponses* ». Dans les Pays de la Loire, les acteurs de la détection ne sont pas encore suffisamment nombreux et organisés. En outre, ils ne sont pas suffisamment articulés avec les acteurs de la prévention et de la prise en charge.

Les pré-requis nécessaires à une action partenariale ne sont aujourd'hui pas réunis

Entre bénévoles et professionnels, les incompréhensions restent fortes. En premier lieu, parce que les différents intervenants ne se connaissent pas. En second lieu, parce qu'ils ne se portent pas d'intérêt réciproque. En troisième lieu, parce qu'il n'y a pas de lien de confiance entre eux. Les pré-requis nécessaires à une action partenariale n'existent donc pas.

Professionnels et bénévoles écoutants ou veilleurs orientés à vocation sociale ne suivent pas les mêmes objectifs :

- Les professionnels de santé attendent des bénévoles qu'ils repèrent les personnes avec comportements suicidaires, alors que les bénévoles écoutants souhaitent uniquement proposer une présence permettant de rompre une solitude et de libérer la parole.
- Les professionnels de santé souhaiteraient que les bénévoles écoutants orientent les personnes, alors que cela contrevient aux principes de non-directivité voire d'anonymat.
- Les professionnels de santé indiquent que les dispositifs d'écoute ne peuvent pas avoir uniquement comme finalité d'écouter, alors que les bénévoles écoutants considèrent que l'écoute constitue une aide en soi.

Les objectifs des professionnels et des veilleurs orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires sont davantage concordants, mais d'autres difficultés peuvent alors compliquer les relations partenariales.

Quelque soit le type de dispositif bénévole, il s'avère, en effet, que, par méconnaissance, **professionnels et bénévoles ne se comprennent pas et ne cherchent pas à s'adapter aux principes d'action des uns et des autres**. Les professionnels qui ont une connaissance imparfaite des dispositifs bénévoles développent des fantasmes favorables ou défavorables vis-à-vis d'eux : les limites et les apports évoqués par les acteurs rencontrés relèvent plus de l'image que d'une appréciation objective. De leur côté, les bénévoles, lorsqu'ils interpellent les professionnels pour des personnes en souffrance, ne comprennent pas ce qu'ils considèrent comme un manque de réactivité et qui, en réalité, peut être lié à des contraintes administratives ou à des procédures de prise en charge. Au final, à de rares exceptions près, les intervenants professionnels et bénévoles ne se sont pas entendus sur les informations qu'ils pourraient échanger, d'autant que ces échanges sont à adapter sur chaque territoire, en fonction des orientations des institutions.

Les investigations conduites sur site soulignent, de plus, un **problème de sémantique** : la prévention du suicide peut être appréhendée dans une vision plus ou moins large selon les interlocuteurs. Pour certains, la prévention du suicide englobe la création du lien social, la lutte contre l'isolement, alors que pour d'autres, elle commence avec le repérage de la crise suicidaire. De même, concernant l'utilisation du terme « suicide » : pour les professionnels de la psychiatrie, il est indispensable de l'utiliser, alors que les bénévoles ne sont pas toujours dans cette optique et privilégient des termes plus neutres, tels que « mal-être », « idées noires » ou une communication qui ne soit pas orientée sur la souffrance mais sur la possibilité de « s'en sortir ».

Une formation pluridisciplinaire au repérage de la crise suicidaire qui n'a pas permis de fonder les bases d'un partenariat

La formation au repérage de la crise suicidaire pourrait être un moyen pour les intervenants professionnels et bénévoles de disposer « *d'un langage, d'un système d'évaluation ainsi que d'un plan d'intervention communs indispensables pour un travail en réseau efficace* », selon le Professeur TERRA. Néanmoins, jusqu'alors, **malgré l'organisation de formations pluridisciplinaires, ces dernières ont eu peu d'impacts sur les relations partenariales**, à

l'exception du territoire de la Communauté de Communes de Vallet, grâce à l'implication forte d'un élu qui a pu en mobiliser d'autres et d'un psychiatre du pôle intersectoriel Fédération de Santé Publique du CHS Georges Daumezon.

Outre l'adoption d'un langage commun et la mise en place de processus coordonnés d'accompagnement des personnes en souffrance psychique, le rapprochement entre les différents intervenants vise une autre vertu : comme le rappelle le chef de service du Pôle intersectoriel Fédération de Santé Publique au CHS Georges Daumezon « *La gradation dans les interventions est primordiale car **il faut partager la responsabilité d'une prise en charge, d'un suivi*** ». Aujourd'hui, **ce partage des responsabilités n'est pas avéré** et le poids d'une histoire grave peut être lourd à porter pour un bénévole qui se sent isolé et seul face à cette situation.

5.4. UNE PLUS-VALUE DES DISPOSITIFS BENEVOLES QUI S'EXPRIME EN DEHORS DES PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE AVEC COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

La notion de parcours renvoie à une action coordonnée des acteurs de la prévention, du soin, du médico-social et du social tout au long de l'accompagnement du patient. Elle suppose que puissent être identifiées les étapes amont à la prise en charge, les étapes de prise en charge proprement dites et les étapes aval. L'analyse des parcours doit tenir compte de l'entremêlement, pour une même personne, du parcours de santé avec le parcours professionnel, le parcours social, le parcours résidentiel et, plus globalement, l'histoire personnelle de l'individu. Cette notion est donc potentiellement très large. Ainsi, la notion de parcours reprend les tentatives nombreuses de coordination et traduit une bascule du système de santé depuis le tout curatif vers une prise en charge plus large de la santé des populations (passage du *to cure* au *to care* en anglais). Or, le paragraphe précédent montre que cette coordination est aujourd'hui minimale.

La faible contribution des dispositifs bénévoles à la prévention de la crise suicidaire ne préjuge pas d'un déficit d'interventions en la matière, car, en Pays de la Loire, bien d'autres acteurs (institutionnels ou associatifs) peuvent avoir une action.

Seuls les dispositifs de veille orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires interviennent dans le parcours des personnes en souffrance psychique

Le rôle des dispositifs de **veille** orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires est précisément d'**intervenir sur la trajectoire des personnes ayant des comportements suicidaires** pour éviter le passage à l'acte ou la récurrence, voire pour soutenir l'entourage.

En effet, les activités de veille donnent lieu :

- **à des alertes préalables** à l'intervention du dispositif. Cela peut se faire grâce à une certaine proximité entre les partenaires du territoire. Les veilleurs sont le plus souvent sollicités par l'entourage, voire par la personne elle-même, et non par des professionnels.
- **à une ou plusieurs rencontres**, en fonction des besoins de la personne,
- **à des orientations**, le cas échéant, qui peuvent être faites en direction de professionnels de santé (médecin traitant ou CMP le plus souvent), en direction de professionnel du social (travailleurs sociaux en particulier) ou auprès d'autres associations.

Les dispositifs de veille (2 sur 3) ont aujourd'hui certains **atouts pour mener à bien cette mission** :

- Ils ont, en théorie, la capacité de repérer les personnes suicidaires, d'aller à leur rencontre et de les accompagner vers la solution la plus adaptée.
- Ils sont adossés à un établissement public administratif ou à une collectivité. Les apports sont de différents ordres, entre autres, soutien matériel et logistique et aide à la mobilisation des partenaires.
- Ils travaillent en partenariat avec un CMP, qui peut leur apporter une aide à la mobilisation des professionnels hospitaliers mais surtout, un soutien à la formation et à l'analyse de la pratique. Pour les petits dispositifs locaux, ce type de rapprochement offre également un soutien à l'établissement et au suivi d'un cadre commun d'intervention, évitant que chaque bénévole n'intervienne avec son propre cadre de référence.
- Ils essaient de s'inscrire dans un réseau diversifié de professionnels : professionnels de santé du secteur libéral, services de Secours et de Police, services sociaux, associations locales,...

Cependant, les professionnels de santé, mais aussi les professionnels du social ne reconnaissent pas tous l'intérêt de recourir aux bénévoles pour assurer cette action de veille. **L'inscription des dispositifs de veille dans les parcours peut être freinée par l'organisation du système de soins**, qui est en attente de demandes et n'est pas toujours organisé pour aller vers les populations. Il n'y a donc pas besoin d'un tiers entre le service de santé et la personne, tant que cette dernière n'a pas décidé de recourir aux soins.

Par ailleurs, les bénévoles ne sont pas toujours suffisamment formés et supervisés. Ils ne sont pas systématiquement formés au repérage de la crise suicidaire et peuvent craindre de s'immiscer dans l'intimité des personnes en souffrance. En effet, les activités de veille, qui impliquent d'aller à la rencontre de personnes en souffrance, peuvent être délicates en milieu rural, où « tout le monde connaît tout le monde ». Les personnes aidées peuvent alors voir de l'ingérence dans l'action des bénévoles : l'approche nécessite une grande délicatesse.

Les autres types de dispositifs ne se positionnent pas dans l'accompagnement des personnes avec comportements suicidaires, mais se donnent une visée plus sociale de lutte contre l'isolement

L'activité d'écoute donne aux bénévoles qui l'exercent un rôle en matière de repérage des risques suicidaires, mais les bénévoles écoutants ne se donnent pas cette fonction et ne sont ni organisés ni outillés pour.

Compte tenu de leur objet et de leurs modalités d'intervention, les dispositifs bénévoles d'écoute, de veille à vocation sociale et de groupes de paroles agissent, pour la majorité d'entre eux, très en amont de la crise suicidaire. Ils se positionnent dans le cadre d'une prévention qui vise autant à lutter contre l'isolement qu'à prévenir les conduites à risques. Par l'échange, l'espace de paroles et le lien social, les bénévoles pensent contribuer à créer « *un lien humain vital, car la solitude est une maladie mortelle* », selon le responsable d'un dispositif d'écoute. **Cette position s'inscrit dans une approche globale de promotion de la santé mentale.**

La personne s'adresse le plus souvent spontanément à ces dispositifs. Il n'y a pas de suivi²⁶ et pas d'orientations. Les responsables de dispositifs d'écoute indiquent souvent que si la personne a été en mesure de contacter le dispositif bénévole, elle sera en mesure de solliciter de l'aide. Or, en fonction des causes du comportement suicidaire, l'orientation ou passage de relais est une étape particulièrement importante. Au sein de ce type de dispositifs, l'intervention bénévole correspond à une intervention ponctuelle sans lien élaboré avec d'autres acteurs locaux, notamment professionnels de la santé. Elle ne s'inscrit donc pas dans le parcours des personnes. En matière d'accompagnement des personnes suicidaires, ce manque de lien avec les acteurs locaux et les professionnels de santé constitue un déficit majeur.

Et, si la plupart de ces dispositifs affirment qu'ils rencontrent relativement rarement des personnes suicidaires, leurs bénévoles sont inévitablement confrontés à de telles situations. Ce constat est à mettre en lien avec l'absence de démarche de repérage des risques suicidaires par la plupart des bénévoles. Jean-Louis TERRA rappelle qu'il y a 4% de suicidaires au niveau national. Si les acteurs de première ligne pour la prévention du suicide identifient une part de personnes suicidaires largement inférieure à ce taux, c'est que **la détection n'est pas satisfaisante.**

Dès qu'il s'agit de s'occuper d'une situation manifeste de crise suicidaire, les bénévoles, en particulier écoutants, constatent qu'ils sont démunis, malgré la participation pour certains d'entre eux à la formation au repérage de la crise suicidaire. Leurs difficultés peuvent être d'autant plus importantes, qu'à la différence des veilleurs orientés vers l'accompagnement des personnes suicidaires, les bénévoles écoutants ne s'attendent pas à devoir se charger de telles situations et sont moins en lien avec des professionnels de santé.

L'absence de démarche de repérage s'avère donc problématique : pour Jean-Louis TERRA, lorsqu'une personne appelle un dispositif d'écoute téléphonique, elle est au sommet de sa souffrance. Par conséquent, il est indispensable que l'écouter détecte le risque suicidaire et aborde ce thème. Ce professeur alerte, en particulier, sur l'importance de la prévention face aux

²⁶ Dans le cas des dispositifs d'écoute téléphonique, le principe est de considérer tout appel comme un premier contact, bien que les voix soient parfois reconnaissables.

propos recueillis dans les messages Internet, qui sont souvent plus denses que les conversations téléphoniques.

Dans ce contexte, le principe de non-directivité, s'il représente une complémentarité par rapport à l'écoute professionnelle, s'il se justifie par l'impossibilité pour les bénévoles de connaître toutes les solutions possibles face à la diversité des situations rencontrées, peut aussi être un frein à l'établissement de facteurs de protection pour la personne, car il ne donne pas lieu à des orientations. Si la personne exprime des idées suicidaires ou une intention, les bénévoles abordent le sujet et recherchent une solution, mais ils ne l'évoquent pas de leur propre initiative. Or, pour le professeur WALTER, en matière de prévention du suicide, il est nécessaire au cours de la communication d'« aller au devant de la demande par la mise en mots et la reconnaissance de la souffrance, démarche qui doit toujours s'effectuer dans le respect de ses propres limites et de ses propres compétences ».

En revanche, **ces dispositifs ont une place pour les personnes en souffrance passagère, qui ont besoin de se confier, de ne plus se sentir seules.** En effet, les principes d'anonymat et de non-directivité mis en œuvre par ces dispositifs impliquent qu'en grande majorité, les dispositifs bénévoles répondent exclusivement à la demande exprimée et ne jugent pas leurs usagers : d'après plusieurs responsables sollicités, les personnes peuvent ainsi trouver un interlocuteur à qui elles peuvent confier des actes ou émotions qu'elles n'ont pu partager avec d'autres personnes. Les activités d'écoute correspondent ainsi à la possibilité d'une première expression, d'une première verbalisation pour les personnes en souffrance.

6. RECOMMANDATIONS

Conformément à la finalité de l'évaluation, l'ensemble des 10 recommandations proposées ci-après, à destination principale mais non exclusive de l'ARS, visent à fournir un cadre à l'intervention bénévole, qui en est aujourd'hui dépourvue.

Sans ordre de priorité, les recommandations visent à :

- Améliorer le positionnement des dispositifs bénévoles en :
 - Précisant le cadre d'intervention des dispositifs bénévoles dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé;
 - Précisant le rôle attendu des dispositifs de veille ;
 - Précisant le rôle attendu des dispositifs d'écoute ;
 - Améliorant la visibilité des dispositifs bénévoles.
- Améliorer l'intervention des dispositifs bénévoles en :
 - Clarifiant les priorités de financement de l'ARS concernant les activités de veille ;
 - Clarifiant les priorités de financement de l'ARS concernant les activités d'écoute ;
 - Poursuivant et renforçant le programme de formation.
- Améliorer la complémentarité des dispositifs bénévoles entre eux et avec les professionnels en :
 - Favorisant les synergies entre associations pour plus d'efficacité ;
 - Intégrant les dispositifs bénévoles dans des partenariats locaux ;
 - Favorisant l'émergence de dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires.

6.1. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER LE POSITIONNEMENT DES DISPOSITIFS BENEVOLES

PROPOSITION N°1 : Préciser le cadre d'intervention des dispositifs bénévoles dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé	
<p>Références : PRS et PNAS</p> <p>(PRS : Projet régional de Santé et PNAS : Programme National d'Actions contre le Suicide)</p>	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé ; la maîtrise des risques concernant la santé des populations.</p> <p>PNAS- Axe 1 : Développement de la prévention et de la postvention</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesure 1 Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide ▪ Mesure 2 : Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale ▪ Mesure 5 : Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide.
Constats	<p>Si les actions des dispositifs bénévoles peuvent donner lieu à une typologie, les finalités qu'ils poursuivent chacun contribuent très diversement à l'accompagnement des personnes suicidaires. En outre, actuellement, la postvention est peu développée, hormis dans le cadre de groupes de paroles à l'intention de personnes endeuillées.</p> <p>Il manque une définition claire des attentes de l'ARS vis-à-vis des différents dispositifs en matière de prévention du suicide et de promotion de la santé. L'ensemble des acteurs, professionnels et bénévoles, ne partagent pas la même définition du cadre d'intervention des bénévoles. Ils n'envisagent pas les notions d'écoute, de veille, de repérage de la même manière.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Formaliser les attentes de l'ARS dans un document cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarifier la sémantique adaptée aux interventions des dispositifs bénévoles (écoute, veille, repérage...) ▪ Préciser la place et le rôle des différents dispositifs et cerner les limites de leurs interventions ▪ Décliner les objectifs attendus par type de dispositif sur la base des connaissances actuelles et au regard des causes de suicide dans la région : <ul style="list-style-type: none"> ○ Distinguer les différents types de dispositifs et leur profil (accompagnement des personnes suicidaires ou non) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour la veille orientée vers l'accompagnement des personnes suicidaires, repérer, accompagner, orienter (cf. recommandation n°2). ▪ Pour l'écoute individuelle ou les groupes de paroles et la veille à vocation sociale, objectifs globalement à déterminer (cf. recommandation n°3). ○ Inciter les dispositifs bénévoles à valoriser davantage leur intervention auprès de l'entourage. <p>Faire connaître ce cadre d'intervention à l'ensemble des acteurs locaux, en particulier aux dispositifs bénévoles et aux professionnels de santé.</p> <p>Organiser des temps de partage entre bénévoles et professionnels autour de ce cadre d'intervention pour partager les différentes notions liées à l'intervention bénévole.</p>

Points de vigilance	La diffusion des attentes inscrites dans le cadre d'intervention nécessitera du temps et ne recueillera pas nécessairement l'adhésion de l'ensemble des acteurs. Ces attentes pouvant évoluer avec le contexte et les besoins, le cadre d'intervention devra donc être actualisé.
Leviers d'action	<p>Les échanges pourront s'appuyer sur la commission de coordination des politiques publiques en prévention et être déclinés territorialement lorsque les conseils départementaux en santé mentale seront effectifs.</p> <p>L'appel à projets « Santé mentale – Suicides » constitue un moyen de diffusion du cadre d'intervention.</p> <p>Le groupe de travail « santé mentale » de la CRSA pourrait être associé à l'élaboration du cadre d'intervention.</p> <p>L'ajustement du positionnement des dispositifs bénévoles au regard de l'analyse des causes de suicide suppose de renforcer le recueil de l'information en s'appuyant sur des études épidémiologiques et sociologiques ou sur l'analyse d'autopsies psychologiques.</p>

PROPOSITION N°2 : Préciser le rôle attendu des dispositifs de veille	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – être acteur de sa santé, une démarche centrée sur la personne.</p> <p>PNAS- Axe 1 : Développement de la prévention et de la postvention ; Mesure 1 Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide</p>
Constats	<p>Il existe aujourd'hui deux types de dispositifs de veille, dont l'un relève davantage de compétences sociales, tandis que l'autre est plus en lien avec le champ sanitaire et le parcours de santé.</p> <p>Pour le deuxième type de dispositif, qui contribue à l'accompagnement des personnes suicidaires, il apparaît nécessaire de clarifier les attentes au niveau de l'ARS, afin de garantir une activité de qualité, en minimisant les risques pour les personnes accompagnées et pour les bénévoles. En effet, certains veilleurs sont aujourd'hui isolés, insuffisamment formés et insuffisamment soutenus par les acteurs locaux.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Expliciter les objectifs attendus d'un dispositif de veille orienté vers l'accompagnement des personnes suicidaires et leur entourage :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérer ou être alerté de la situation de personnes suicidaires, ▪ Aller vers ces personnes, ▪ Les orienter vers les professionnels les plus adaptés compte tenu des besoins. <p>Repérer les spécificités des dispositifs de veille qui souhaitent s'inscrire dans le repérage et l'accompagnement des personnes suicidaires et les valoriser dans l'annuaire ARS/MSA des acteurs ressources « Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire ».</p> <p>Positionner clairement le dispositif de veille orienté vers l'accompagnement des personnes suicidaires comme ayant un rôle à jouer dans le parcours de santé des personnes concernées.</p> <p><i>Au niveau des DT :</i></p> <p>Encourager ces dispositifs à déployer leurs actions non seulement vers les personnes en souffrance, mais aussi vers leur entourage.</p>
Points de vigilance	<p>Certains dispositifs de veille ne sont aujourd'hui ni prêts à entrer dans un cadre précis, ni suffisamment structurés pour parvenir à travailler avec des partenaires locaux. Un travail de pédagogie sera donc nécessaire.</p>
Leviers d'action	<p>Des bonnes pratiques existantes sur certains territoires peuvent inspirer l'établissement du cadre de référence en matière de veille orientée vers l'accompagnement des personnes suicidaires.</p>

PROPOSITION N°3 : Préciser le rôle attendu des dispositifs d'écoute	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – être acteur de sa santé, une démarche centrée sur la personne.</p> <p>PNAS- Axe 1 : Développement de la prévention et de la postvention ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesure 1 Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide ▪ Mesure 2 : Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale <p>Axe 2 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychique</p>
Constats	<p>Concernant l'écoute individuelle, le principe de non-directivité est un principe largement partagé au sein des dispositifs bénévoles. Or, pour les professionnels de santé, une telle écoute peut ne pas être utile à une personne suicidaire. Cela met en évidence des contradictions dans l'appréhension des objectifs de l'écoute pratiquée par les bénévoles.</p> <p>Concernant les groupes de paroles, l'animation est le plus souvent réalisée par des professionnels. Il apparaît néanmoins nécessaire de définir les objectifs de cette activité portée par des dispositifs associatifs, de manière à les distinguer des groupes thérapeutiques.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Concernant l'écoute individuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expliciter les objectifs attendus d'un dispositif d'écoute : <ul style="list-style-type: none"> ○ Impulser une réflexion action sur la finalité de cette intervention : en quoi peut-elle être une aide en soi en matière d'accompagnement des personnes suicidaires ? ○ Poser clairement les missions actuelles des bénévoles écoutants : lutte contre l'isolement social, expression de la souffrance psychique, prévention du suicide..., ○ Impulser une réflexion sur l'évolution possible de ces missions. ▪ Repérer les spécificités des dispositifs d'écoute qui souhaitent s'inscrire dans le repérage et l'accompagnement des personnes suicidaires et les valoriser dans l'annuaire ARS/MSA des acteurs ressources « Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire ». <p>Concernant l'animation de groupes de paroles, déterminer dans quelles conditions elle peut être réalisée par des structures associatives.</p> <p><i>Au niveau des DT :</i></p> <p>Encourager ces dispositifs à déployer leurs actions non seulement vers les personnes en souffrance, mais aussi vers leur entourage.</p>

Points de vigilance	<p>Les dispositifs d'écoute se sont construits de longue date sur les principes d'anonymat et de non directivité. Il semble donc complexe de les faire évoluer, d'autant que les orientations sont parfois nationales.</p> <p>L'animation de groupes de paroles au sein de structures associatives est sensible, car elle se rapproche d'une intervention thérapeutique.</p>
Leviers d'action	<p>S'appuyer sur la conférence de consensus d'octobre 2000, qui met en évidence le positionnement des dispositifs canadiens : ces derniers n'hésitent pas à faire sortir l'appelant de l'anonymat, à prévenir son entourage et à mettre en place des soins. Ils considèrent que cela répond au principe de non assistance à personnes en danger.</p> <p>S'appuyer sur les travaux de l'INPES mettant en évidence les actions efficaces en matière d'intervention à distance (cf. La Santé de l'Homme n°422, novembre-décembre 2012).</p>

PROPOSITION N°4 : Améliorer la visibilité des dispositifs bénévoles	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La maîtrise des risques concernant la santé des populations – La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l’action sanitaire et sociale.</p> <p>PNAS</p>
Constats	<p>Hormis deux dispositifs de veille fortement ancrés sur leur territoire, les autres dispositifs bénévoles manquent cruellement de visibilité. Au mieux sont-ils connus de nom par les professionnels.</p> <p>Ces dispositifs, par définition gérés par des bénévoles, ne disposent que de moyens limités pour se faire connaître. Ils ont, par conséquent, besoin d’une aide en la matière.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional et des DT :</i></p> <p>Organiser des manifestations, notamment des colloques, permettant aux dispositifs bénévoles de présenter leur action.</p> <p>Soutenir financièrement les actions de communication des dispositifs bénévoles.</p> <p>Identifier les sources de cofinancement des actions de communication et les faire connaître aux bénévoles.</p> <p>Aider les dispositifs bénévoles à diffuser leur support de communication.</p>
Points de vigilance	<p>La mise en œuvre de cette recommandation ne pourra être effective qu’une fois les attentes de l’ARS précisément formalisées dans un document-cadre d’intervention et les interventions des bénévoles conformes à ces attentes.</p>
Leviers d’action	<p>L’INPES peut intervenir, de manière complémentaire, pour l’outillage et la valorisation des actions des bénévoles.</p> <p>D’autres outils ou manifestations peuvent contribuer à une meilleure visibilité des dispositifs bénévoles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observatoire national de lutte contre le suicide, ▪ Journées nationales de prévention du suicide (JNPS), ▪ Annuaire ARS/MSA des acteurs ressources « Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire ».

6.2. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER L'INTERVENTION DES BENEVOLES

PROPOSITION N°5 : Clarifier les priorités de financement de l'ARS concernant les activités de veille	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – être acteur de sa santé, une démarche centrée sur la personne.</p> <p>PNAS : Axe 1 – Le développement de la prévention et de la postvention ; Mesure 1 : Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide.</p>
Constats	<p>Cette préconisation fait suite à la proposition n°2 : une fois les objectifs déterminés pour les dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires, il apparaît nécessaire de s'assurer que l'accompagnement sera de qualité et que les conditions seront réunies pour limiter les risques pour les personnes en souffrance et pour les bénévoles.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Définir des critères d'éligibilité conditionnant l'obtention d'une subvention, parmi lesquels pourraient notamment figurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'établissement d'un cadre clair d'intervention pour les bénévoles précisant leurs missions et les limites de leur rôle ▪ L'existence d'une charte déontologique signée par tout bénévole nouvellement recruté ▪ La nécessité pour les veilleurs de participer à une formation initiale et d'améliorer régulièrement leur pratique par une formation continue. ▪ La nécessité pour les veilleurs de participer à des séances de supervision ▪ L'inscription dans un collectif local d'acteurs diversifiés (élu, professionnels, bénévoles,...). ▪ L'existence d'un partenariat avec les professionnels de la psychiatrie (hospitaliers et libéraux). <p>Rendre compte de l'action au regard des critères définis en harmonisant les rapports d'activité des dispositifs bénévoles</p> <p><i>Au niveau des DT</i></p> <p>Accompagner la compréhension de ce cadre par les dispositifs bénévoles.</p>
Points de vigilance	<p>Les critères d'éligibilité doivent être cohérents avec les objectifs attendus des dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires.</p> <p>La formation initiale et continue doit concerner, en particulier, le repérage des risques suicidaires et la place du bénévole dans la relation d'aide.</p> <p>Le collectif d'acteurs doit bénéficier des moyens et compétences nécessaires pour rappeler régulièrement les principes éthiques et règles d'intervention des uns et des autres, définir les protocoles de travail partenarial et faciliter l'échange de pratiques.</p>
Leviers d'action	<p>Des expériences réussies en Pays de la Loire peuvent aider à préciser ces exigences organisationnelles. Néanmoins, une attention particulière devra être portée aux conditions de transfert/transférabilité.</p> <p>L'appel à projets « Santé mentale – Suicides » constitue un moyen de diffusion du cadre d'intervention.</p>

PROPOSITION N°6 : Clarifier les priorités de financement de l'ARS concernant les activités d'écoute	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – être acteur de sa santé, une démarche centrée sur la personne.</p> <p>PNAS : Axe 1 – Le développement de la prévention et de la postvention ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesure 2 : Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale <p>Axe 2 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychique</p>
Constats	<p>Cette préconisation fait suite à la proposition n°3 : une fois, les objectifs déterminés pour l'écoute individuelle et les groupes de paroles, il apparaît nécessaire de s'assurer que l'action proposée sera de qualité et que les conditions seront réunies pour limiter les risques pour les personnes en souffrance et pour les bénévoles.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Définir des critères d'éligibilité conditionnant l'obtention d'une subvention parmi lesquels pourraient figurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence d'un cadre d'intervention précis pour les bénévoles ▪ L'existence d'une charte déontologique signée par tout bénévole nouvellement recruté ▪ La nécessité de participer à une formation initiale conforme aux conditions minimales définies par l'ARS et d'améliorer régulièrement sa pratique par une formation continue. ▪ La nécessité de participer à des séances de supervision <p>Exiger la présence d'un professionnel qualifié (niveau requis à définir) pour soutenir financièrement la mise en œuvre de groupes de paroles</p> <p>Rendre compte de l'action au regard des critères définis en harmonisant les rapports d'activité</p> <p>Faire évoluer les formations concernant, en particulier, l'écoute et la place du bénévole dans la relation d'aide</p> <p><i>Au niveau des DT :</i></p> <p>Accompagner la compréhension de ce cadre par les dispositifs bénévoles.</p>
Points de vigilance	<p>Les critères d'éligibilité doivent être cohérents avec les objectifs attendus des dispositifs d'écoute visant l'accompagnement des personnes suicidaires.</p>
Leviers d'action	<p>L'INPES a identifié les interventions efficaces en matière d'aide à distance dans le n°422 de la Santé de l'Homme.</p> <p>L'appel à projets « Santé mentale – Suicides » constitue un moyen de diffusion du cadre d'intervention.</p>

PROPOSITION N°7 : Poursuivre et renforcer le programme de formation	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Une démarche centrée sur la personne.</p> <p>PNAS : Axe 4 Formation des professionnels – Renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la crise suicidaire</p>
Constats	<p>Actuellement, la formation des bénévoles est très disparate d'une structure à l'autre. Si les dispositifs nationaux d'aide à distance ont les moyens d'assurer une formation initiale solide aux bénévoles qu'ils recrutent, les dispositifs plus petits ne sont pas en mesure de le faire systématiquement.</p> <p>Aussi, les bénévoles écoutants ne sont-ils pas systématiquement formés à l'écoute et les veilleurs s'occupant de personnes suicidaires ne sont-ils pas tous formés au repérage de la crise suicidaire.</p> <p>Quant à la formation continue, elle peut être également très limitée.</p> <p>Par ailleurs, au regard des attentes que précisera l'ARS, un besoin de compétences nouvelles peut émerger.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Adapter le programme de formation, en fonction des types d'activité et des besoins des bénévoles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre le programme de formation dans le domaine du repérage des risques suicidaires, à l'intention des veilleurs, tout en menant une réflexion sur l'adaptation des conditions de dispensation de ces formations, ▪ Identifier et financer un module destiné à aider les veilleurs à « aller vers » les personnes suicidaires, ▪ Soutenir la formation des écoutants, ▪ Soutenir la formation de tous les types d'intervenants à la relation d'aide. <p>Homogénéiser les formations à l'écoute en précisant dans le cadre d'intervention les conditions minimales requises.</p> <p>Si besoin, repérer les organismes de formation familiers avec les spécificités de l'intervention bénévole et soutenir des actions d'ingénierie pour qu'ils construisent des modules adaptés aux besoins.</p> <p>Identifier les cofinanceurs des formations destinées aux bénévoles, notamment pour la formation continue, et faire connaître ces sources de financement aux bénévoles.</p> <p><i>Au niveau des DT :</i></p> <p>Recueillir les besoins en formation auprès des dispositifs bénévoles proposant une action conforme aux attentes de l'ARS</p>
Points de vigilance	<p>Actuellement, la formation au repérage de la crise suicidaire n'a pas encore été un levier suffisant pour l'action partenariale. Néanmoins, les effets de l'organisation territoriale infra-départementale des sessions peuvent ne pas s'être fait sentir.</p> <p>Bien que certains acteurs s'interrogent sur la pertinence de mêler professionnels et bénévoles au sein de mêmes sessions, cette organisation semble importante pour faciliter la connaissance réciproque des uns et des autres.</p>
Leviers d'action	<p>Espace Ecoute Formation et l'Escale ont proposé cette année une formation « aller vers » à leurs bénévoles.</p> <p>Appel à candidatures pour les formations en adéquation avec le cadre défini par l'ARS.</p>

6.3. RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER LA COMPLEMENTARITE DES DISPOSITIFS BENEVOLES ENTRE EUX ET AVEC LES PROFESSIONNELS

PROPOSITION N°8 : Favoriser les synergies entre associations pour plus d'efficience	
Références : PRS et PNAS	PRS : La proximité organisée – Une coordination des acteurs pour un parcours efficient. PNAS
Constats	Les dispositifs bénévoles ont développé peu d'actions de coopération entre eux, si ce n'est pour organiser ponctuellement des conférences débat. Ils n'ont pas pris l'habitude de réfléchir ensemble sur l'analyse des besoins et les conditions de mise en œuvre d'une intervention complémentaire.
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Encourager la mutualisation de certaines activités pour les dispositifs appartenant à une même association</p> <p>Faire se rencontrer et échanger les dispositifs ayant les mêmes activités autour d'actions visant à accroître leurs complémentarités</p> <p>Identifier les conditions d'émergence de structures régionales ou départementales en capacité de favoriser les coordinations entre dispositifs</p> <p><i>Au niveau des DT</i></p> <p>Dans un premier temps, encourager les synergies sur les questions de formation et d'échanges de pratiques par type d'activité.</p> <p>Encourager les associations à se rapprocher et à se coordonner pour désigner leurs représentants au sein des instances départementales.</p>
Points de vigilance	Chaque structure a sa propre culture, liée à son histoire et aux personnalités qui la composent. La mutualisation des pratiques ne pourra se faire que sur le long terme, sur la base d'attentes clairement édictées de la part de l'ARS.
Leviers d'action	<p>L'INPES finance les pôles de compétences régionaux qui ont pour missions l'accompagnement méthodologique, la formation et la documentation des bénévoles.</p> <p>Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) peuvent être des lieux d'échanges et de partage entre dispositifs.</p> <p>Il peut être intéressant de comparer l'expérience d'autres réseaux s'appuyant essentiellement sur les bénévoles.</p>

PROPOSITION N°9 : Intégrer les dispositifs bénévoles dans des partenariats locaux	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La proximité organisée – Une coordination des acteurs pour un parcours efficient.</p> <p>PNAS</p>
Constats	<p>L'évaluation a mis en évidence l'ancrage territorial des dispositifs bénévoles de veille des personnes suicidaires comme un facteur de réussite et d'efficacité de leur intervention.</p> <p>Or, actuellement, tous les dispositifs de veille ne bénéficient pas du même soutien local.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau des DT</i></p> <p>En fonction des contextes, s'appuyer sur les Contrats Locaux de Santé (CLS), les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) ou tout autre dispositif ayant vocation à déployer une politique locale de santé.</p> <p>Soutenir, le cas échéant, la désignation de représentants des dispositifs bénévoles au sein de ces instances.</p> <p>Au sein de ces instances locales, animer la réflexion sur les parcours des personnes en souffrance psychique et encourager la mise en débat de la place des dispositifs bénévoles en matière de promotion de la santé mentale et d'accompagnement des personnes suicidaires.</p> <p>Encourager la définition des conditions locales de complémentarité entre dispositifs bénévoles et professionnels.</p> <p>Organiser et animer des rencontres entre les secteurs de psychiatrie ou CMP et les dispositifs bénévoles pour qu'ils apprennent à se connaître et se reconnaître.</p> <p>Encourager la conclusion d'une convention de partenariat entre dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires et les secteurs de psychiatrie qui précise les rôles et limites d'intervention de chacune des parties prenantes, ainsi que la procédure à suivre en cas de personne dépistée par un veilleur.</p>
Points de vigilance	<p>La représentation des dispositifs bénévoles au sein des instances suppose préalablement que ces dispositifs s'entendent pour désigner leur(s) représentant(s).</p> <p>En cas d'inexistence de CLS ou de CLSM, sur un territoire, l'attention devra être portée sur d'autres initiatives locales (ex : Ateliers Santé Ville, projets municipaux,...).</p> <p>La conclusion d'un partenariat avec les secteurs de psychiatrie nécessite au préalable que les CMP concernés aient effectivement pour mission de s'ouvrir sur l'extérieur et d'aller vers la population et les dispositifs existants</p>
Leviers d'action	<p>Les dispositifs bénévoles peuvent également être encouragés à se réunir pour réfléchir ensemble aux moyens d'accroître leur complémentarité.</p> <p>Les DT ont un rôle d'animation, notamment au travers des conférences de territoire et des conseils départementaux de santé mentale.</p>

PROPOSITION N°10 : Favoriser l'émergence de dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires	
Références : PRS et PNAS	<p>PRS : La maîtrise des risques concernant la santé des populations – La mobilisation pour réduire les inégalités de santé.</p> <p>PNAS</p>
Constats	<p>Les dispositifs de veille visant l'accompagnement des personnes suicidaires sont parmi tous les dispositifs bénévoles étudiés ceux qui s'inscrivent le mieux dans le parcours de la personne en souffrance psychique. A conditions que certaines règles organisationnelles et éthiques soient respectées (cf. ci-dessus), ils sont en capacité d'intervenir en complémentarité avec les professionnels.</p> <p>Cependant, ils sont aujourd'hui peu nombreux.</p>
Déclinaisons opérationnelles	<p><i>Au niveau régional :</i></p> <p>Identifier les territoires dépourvus de tels dispositifs prioritaires au regard des données épidémiologiques.</p> <p><i>Au niveau des DT :</i></p> <p>Cibler les territoires identifiés comme prioritaires pour le déploiement de tels dispositifs.</p> <p>Rechercher les partenariats indispensables, en s'appuyant notamment sur les élus locaux.</p> <p>Attirer l'attention des acteurs locaux sur la nécessité de prévoir, dès l'origine, les modalités d'articulation entre les veilleurs et les professionnels de santé, en particulier le CMP local.</p> <p>Accompagner le démarrage des projets locaux.</p>
Points de vigilance	<p>La réussite de cette recommandation suppose que préalablement la place des veilleurs ait été reconnue. Or, actuellement, l'intérêt des veilleurs dans la lutte contre le suicide n'est pas unanimement partagé par les professionnels.</p> <p>En outre, il n'existe pas toujours de structures sur lesquelles pourraient s'appuyer une telle initiative.</p>
Leviers d'action	<p>La région compte une expérience réussie de veilleurs, associant élus, professionnels et bénévoles, sur laquelle l'émergence de nouveaux dispositifs de veille pourrait s'appuyer.</p> <p>Les projets locaux peuvent également s'appuyer sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrats locaux de santé, ▪ Conférences de territoire, ▪ Action de plaidoyer de l'ARS.

7. ANNEXES

7.1. GLOSSAIRE

- ADMR : Association d'Aide à Domicile en Milieu Rural
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
- CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
- CLSM : Conseil Local en Santé Mentale
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- COPS 53 : Collectif pour la Prévention du Suicide et du mal-être en Mayenne
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
- DT ARS : Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
- GERME : Groupe d'Ecoute, de Rencontre et de Mise en relation au pays de l'Ernée
- GPS : Groupe de Prévention du Suicide
- IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
- JNPS : Journée Nationale de Prévention du Suicide
- MDA : Maisons Des Adolescents
- MSA : Mutualité Sociale Agricole
- ORS : Observatoire Régional de la Santé
- PRS : Projet Régional de Santé
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux
- UNPS : Union Nationale pour la Prévention du Suicide
- UPS : Unité de Prévention du Suicide

7.2. REFERENTIEL DE L’EVALUATION

AXES D’ANALYSE	CRITERES D’EVALUATION	QUESTIONS EVALUATIVES	INDICATEURS D’EVALUATION	SOURCE ET METHODES A MOBILISER
<p>Axe 1 : Le fonctionnement des associations</p>	<p><i>L’effectivité du service</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les facteurs clés de succès et d’échec dans la création, le fonctionnement et l’action des dispositifs bénévoles ? ▪ Quels sont les points communs et les points de divergence entre les dispositifs bénévoles ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le projet de la structure et du dispositif bénévole <ul style="list-style-type: none"> ○ Projet de la structure et place de la prévention du suicide dans ce projet ○ Historique et motifs de création des dispositifs bénévoles ○ Objectifs du dispositif bénévole ▪ Les ressources dont bénéficient les dispositifs bénévoles : <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectifs et composition des équipes bénévoles, ancienneté des équipes, ○ Ressources financières et matérielles, ○ Mise à disposition à titre gracieux de locaux, de matériel,... ▪ Le fonctionnement et l’organisation des dispositifs bénévoles : <ul style="list-style-type: none"> ○ Activité principale et activités secondaires, ○ Publics concernés : professionnels, grand public, personnes en souffrance psychique et/ou entourage, tous publics sans distinction, public jeune, personnes âgées, personnes isolées, minorités sexuelles,... ○ Lieux d’implantation dans la région, ○ Modalités de communication à l’attention de la population et des partenaires, ○ Modalités de recrutement des équipes, ○ Modalités de formation des équipes (notamment à l’écoute et au repérage), ○ Qualification de l’encadrement, ○ Modalités d’accueil des personnes en souffrance psychique (permanence téléphonique, permanence sur site, jours et horaires d’accueil,...), ○ Prestations, services proposés aux personnes concernées : actions collectives/individuelles, sensibilisation, veille, écoute, accompagnement, orientation, mise en réseau, formation, conférences,..., ○ Partenariat. ○ Difficultés rencontrées. 	<p><i>Entretiens de cadrage</i></p> <p>Analyse documentaire</p> <p>Entretiens téléphoniques avec chaque structure</p> <p>Bases de données</p> <p><i>Etudes de cas</i></p>

AXES D'ANALYSE	CRITERES D'EVALUATION	QUESTIONS EVALUATIVES	INDICATEURS D'EVALUATION	SOURCE ET METHODES A MOBILISER
<p>Axe 1 : Le fonctionnement des associations</p>	<p><i>La qualité du service rendu</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les facteurs clés de succès et d'échec dans la création, le fonctionnement et l'action des dispositifs bénévoles ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les ressources des dispositifs sont adaptées aux services proposés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les ressources humaines, financières et matérielles des dispositifs bénévoles sont suffisantes en volume et en qualité pour assurer les services proposés. ○ Les critères de recrutement des bénévoles (qualités, capacités/ compétences, qualifications) permettent la sélection de personnes en capacité d'assurer le service attendu. ○ Les bénévoles bénéficient d'une formation initiale dispensée par un professionnel compétent. ○ Les bénévoles ont une vision claire de leur rôle et de l'articulation de leur mission avec celle des professionnels de santé. ○ Les bénévoles ont adopté une éthique pour leur démarche d'accueil, d'écoute et de repérage. ▪ Les dispositifs ont adopté des démarches d'harmonisation et d'amélioration des pratiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les dispositifs bénévoles ont adopté des règles de fonctionnement. ○ Les dispositifs bénévoles ont formalisé leurs règles de fonctionnement. ○ Les bénévoles bénéficient de formations continues dispensées par un professionnel compétent. ○ Les bénévoles ont suivi la formation au repérage de la crise suicidaire. ○ La mise en application des principes et méthodes acquis dans les formations est effective. ○ Les bénévoles bénéficient d'une supervision assurée par un professionnel compétent. ○ La structure est attentive aux risques psycho-sociaux encourus par les bénévoles. ○ Les bénévoles sont « outillés » pour offrir un service de qualité (formation, outils, vision claire de leur rôle, supervision,...). 	<p><i>Entretiens de cadrage</i></p> <p><i>Analyse documentaire</i></p> <p><i>Entretiens téléphoniques avec chaque structure</i></p> <p>Etudes de cas</p>

AXES D'ANALYSE	CRITERES D'EVALUATION	QUESTIONS EVALUATIVES	INDICATEURS D'EVALUATION	SOURCE ET METHODES A MOBILISER
Axe 2 : La complémentarité des dispositifs bénévoles	<i>La cohérence interne</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans quelle mesure les dispositifs bénévoles sont-ils articulés entre eux ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les activités des dispositifs sont cohérentes et complémentaires entre elles. <ul style="list-style-type: none"> ○ Les dispositifs bénévoles se sont organisés pour couvrir un territoire le plus large possible. ○ Les dispositifs bénévoles se sont organisés pour offrir sur le territoire un panel diversifié de services. ○ Les dispositifs bénévoles se sont organisés pour offrir une large amplitude horaire d'ouverture. ▪ Les dispositifs bénévoles ont des pratiques d'échanges entre eux. <ul style="list-style-type: none"> ○ Les dispositifs bénévoles organisent des rencontres territoriales pour échanger sur leurs expériences, leurs activités. ○ Les dispositifs bénévoles ont des pratiques mutualisées de formation, de supervision. ○ Les dispositifs bénévoles sont inscrits dans un réseau ou un collectif de dispositifs de prévention du suicide. 	Entretiens téléphoniques avec chaque structure Etudes de cas
	<i>La cohérence externe</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans quelle mesure les dispositifs bénévoles sont-ils articulés avec les professionnels de santé (médecine générale et médecine spécialisée) et du social? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les dispositifs bénévoles sont cohérents avec le PRS. <ul style="list-style-type: none"> ○ Les structures connaissent le PRS et ses orientations en matière de prévention du suicide. ○ Les objectifs des dispositifs bénévoles sont en adéquation avec les objectifs du PRS. ▪ Les dispositifs bénévoles sont repérés par les acteurs locaux. <ul style="list-style-type: none"> ○ Les dispositifs bénévoles sont connus des partenaires locaux. ○ Les relations de travail sont formalisées dans des conventions ou chartes de partenariat. ○ Les dispositifs bénévoles sont favorablement perçus par les partenaires locaux. ○ Les dispositifs bénévoles ont un rôle moteur dans la dynamique territoriale (ils sont à l'initiative de projets). ▪ Les dispositifs bénévoles travaillent en partenariat avec les professionnels et les acteurs associatifs locaux. 	Entretiens téléphoniques avec chaque structure Etudes de cas

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Les dispositifs bénévoles ont pris en compte l'organisation locale pour proposer des services et des prestations complémentaires. ○ Les dispositifs bénévoles travaillent avec les acteurs de l'offre de soins en psychiatrie. ○ Les dispositifs bénévoles travaillent avec les professionnels de santé généralistes. ○ Les dispositifs bénévoles travaillent avec les professionnels du secteur social. 	
--	--	--	---	--

7.3. CARTES RELATIVES A LA MORTALITE PAR SUICIDE REALISEES PAR LE DEPARTEMENT OBSERVATION ET ANALYSES DE L'ARS ET PAR L'ORS

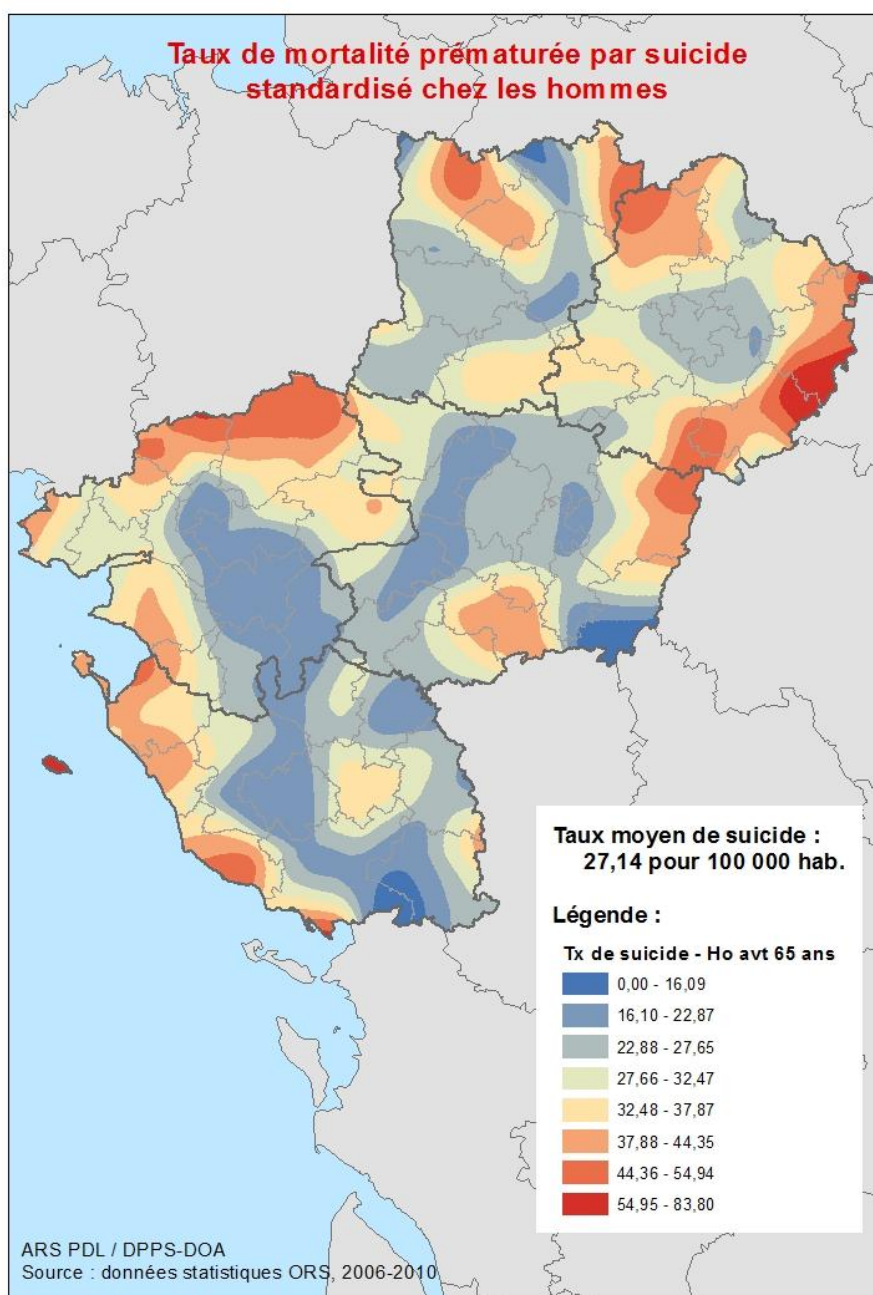
Mortalité par suicide

Définitions :

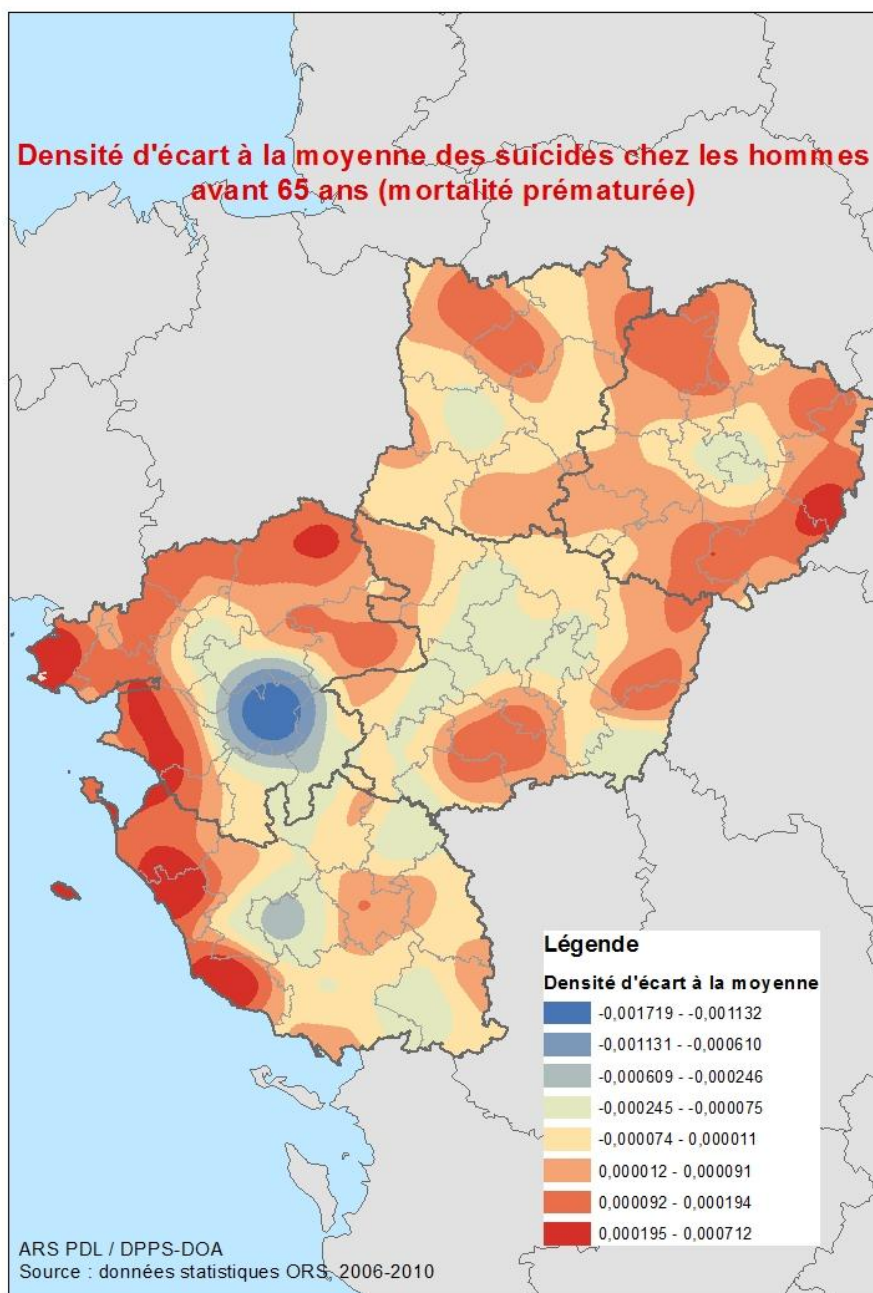
Taux de mortalité prématurée par suicide = nombre de suicides avant 65 ans / population avant 65 ans.

Le taux est **standardisé**, ce qui permet de comparer la situation de deux territoires en éliminant les effets liés aux différences de structures d'âge.

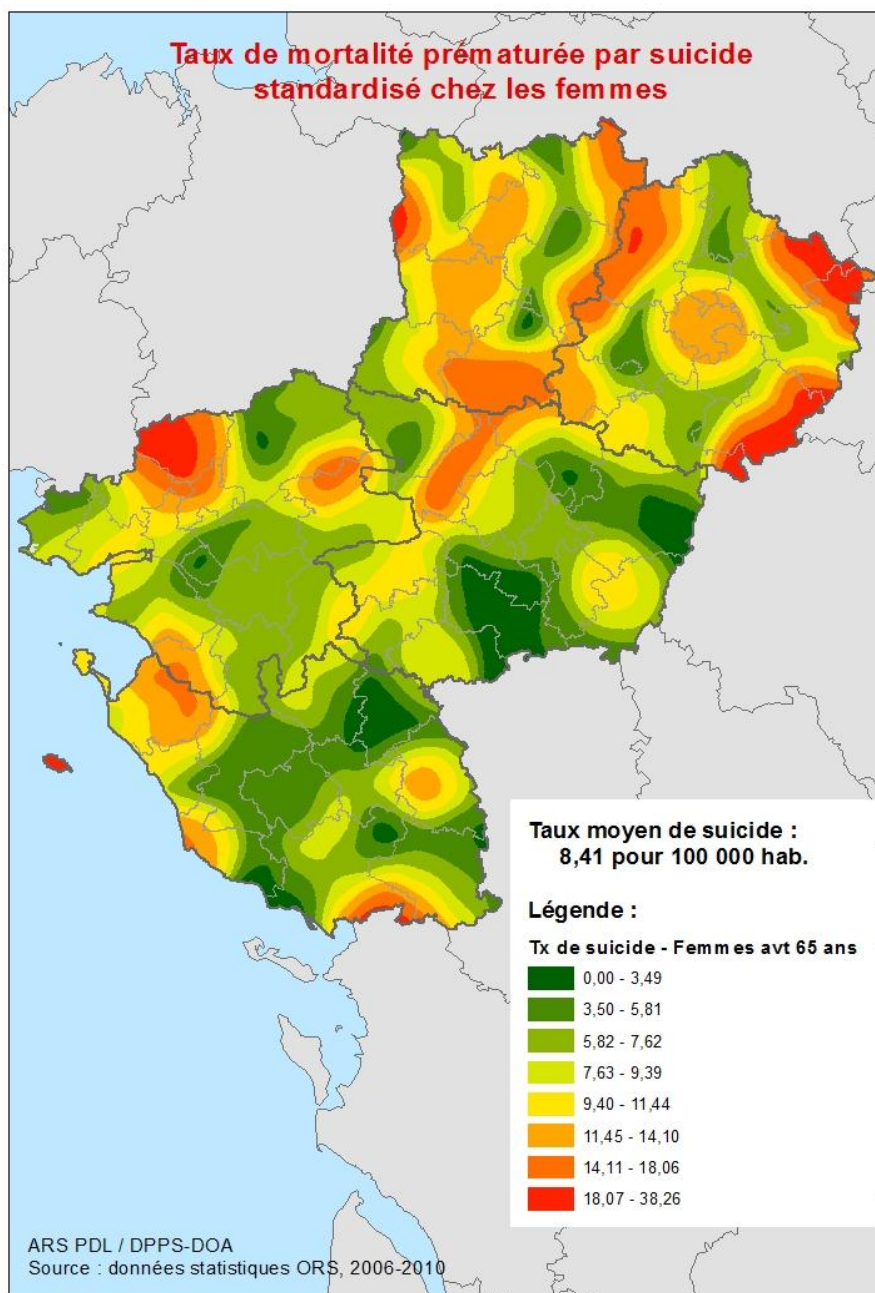
L'intensité du taux ne dit rien du nombre de personnes sur lequel il porte. Ainsi, une commune peu peuplée, de vaste superficie, avec un taux représenté élevé va transmettre une information forte et un peu abusive. La **densité d'écart à la moyenne des suicides** chez les hommes ou chez les femmes avant 65 ans permet de corriger ces effets de bord. Elle prend des valeurs positives ou négatives, selon que le nombre de suicides observé dans une commune est supérieur ou inférieur à la valeur de référence (pour chaque tranche d'âge, on applique le taux de suicide moyen à la population de chaque commune et on somme).



Les taux de suicide les plus élevés de la région chez les hommes de moins de 65 ans sont observés le long du littoral, ainsi que dans le nord de la Loire-Atlantique, au nord Mayenne-Sarthe et à l'est de la Sarthe.

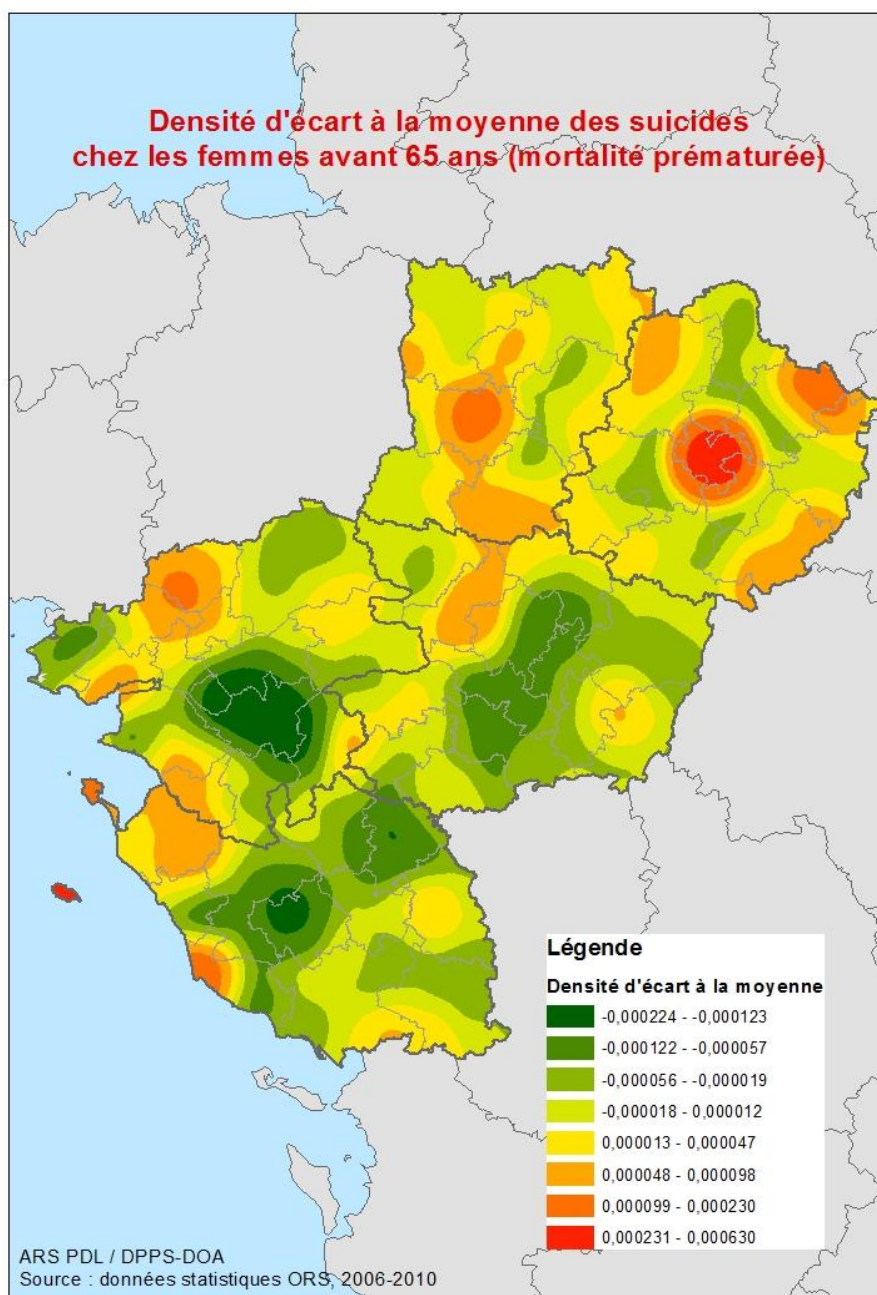


La densité d'écart à la moyenne permet de dégager les communes où les hommes se suicident le plus : le long du littoral, le nord de la Loire-Atlantique et l'est de la Sarthe. A l'inverse, Nantes est la ville où l'on se suicide le moins du au fait que les cadres y sont surreprésentés.



Attention : les femmes de moins de 65 ans se suicident en moyenne 3 fois moins que les hommes de moins de 65 ans.

Les taux de suicide les plus élevés de la région chez les femmes de moins de 65 ans sont observés dans le nord de la Loire-Atlantique, à la limite Mayenne-Sarthe et à l'est de la Sarthe.



La densité d'écart à la moyenne permet de dégager les communes où les femmes se suicident le plus : elle est la plus élevée dans la ville du Mans, ce qu'on ne retrouve pas chez les hommes. De la même façon, Nantes est la ville où les femmes se suicident le moins.

7.4. FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE LES PLUS SIGNIFICATIFS LISTES PAR LA CONFERENCE DE CONSENSUS « LA CRISE SUICIDAIRE : RECONNAITRE ET PRENDRE EN CHARGE »

Regroupés selon trois catégories, les facteurs de risque suicidaire sont les suivants :

- Des facteurs individuels,
 - Antécédents suicidaires de l'individu
 - Présence de problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.)
 - Pauvre estime de soi
 - Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité)
 - Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.)
- Des facteurs familiaux,
 - Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu
 - Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu
 - Pertes et abandons précoces
 - Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents
 - Présence de conflits conjugaux majeurs
 - Comportements suicidaires de la part de l'un ou des deux parents
 - Problèmes de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents
- Des facteurs psychosociaux.
 - Présence de difficultés économiques persistantes
 - Isolement social et affectif de l'individu
 - Séparation et perte récente de liens importants, deuil
 - Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire
 - Difficultés scolaires ou professionnelles
 - Effet de contagion (à la suite du suicide d'un proche, endeuillé à la suite d'un suicide)
 - Difficulté avec la loi
 - Présence de problèmes d'intégration sociale

7.5. LISTE DES PERSONNES SOLLICITEES

Les membres du comité de pilotage

- Dr Véronique BLANCHIER, Département Promotion de la Santé et Prévention, ARS des Pays de la Loire,
- Dr Jean-Paul BOULE, Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs, ARS des Pays de la Loire,
- Hélène GUIMARD, Département Promotion de la Santé et Prévention, ARS des Pays de la Loire,
- Claude PICHON, Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs, ARS des Pays de la Loire

Les participants au comité de pilotage élargi

- M. Daniel RIVIERE, Responsable du Département Promotion de la Santé et Prévention, ARS des Pays de la Loire,
- Dr Sylvie CAULIER, Délégation territoriale de l'ARS en Vendée,
- Mme Monika KUMAR, Délégation territoriale de l'ARS en Mayenne,
- Dr Hélène de SEVERAC, Responsable du groupe transversal « Santé mentale – psychiatrie », ARS des Pays de la Loire,

Les acteurs institutionnels

- Dr Hélène ANTOINE, Médecin Solidarité Insertion, Conseil Général de Loire-Atlantique
- Mme Samira LEGSIR, Sous-directrice en charge de la Direction de la Santé, AROMSA,
- Mme Stéphanie PIN – LE CORRE, Responsable du Pôle « Population et cycle de vie », INPES
- Dr Kahina YEBBAL, Médecin psychiatre, Chef de service du Pôle intersectoriel Fédération de Santé Publique, CHS Georges Daumezon à Bouguenais,

Les représentants des dispositifs bénévoles

- M. Gérard BACHELIER, Président du Groupe de Prévention du Suicide de la Communauté de Communes de Vallet,
- Mme Mélanie BOURGET, Chargée de mission et coordinatrice (salariée), Familles Rurales de Loire-Atlantique,
- M. Yves CHAUVEAU, membre du Groupe de Prévention du Suicide du Pays de Coëvrons (COPS 53),
- Mme Léa COTONNEC, Chargée de mission, Espace Ecoute Formation,
- Mme Marie-Anne DELHOMMEAU, Chargée de communication (bénévole) de l'association SOS Amitié Région de Nantes,
- Mme Clarisse DIOP, Responsable du CIAS de l'Ernée (salariée), membre du Groupe d'écoute, de rencontre et de mise en relation au Pays de l'Ernée –GERME (COPS 53),
- Mme Marguerite DUTERTRE, Présidente de l'association l'Eclaircie (COPS 53),
- Mme FERRA, administratrice (salariée) et Mme BISON, animatrice (salariée), SOS Inceste pour Revivre,

- Mme Marie-Claude FINOT, Présidente du COPS 53,
- M. Jean-Claude FOUBERT, Président de l'association Source (COPS 53),
- Mme Anny-Rose GERARD, Présidente de l'association SOS Amitié Région du Mans,
- Mme Linda GUILLOUX, Chargée d'animation du réseau des Voisineurs (salariée), Familles Rurales de la Sarthe,
- Mme Aricia HERMANN, Directrice adjointe (salariée), Familles Rurales de Vendée,
- Mme Géraldine LEBASQUE, Présidente de l'association Main Tendue (COPS 53),
- Mme Thérèse LEBEAUPIN, Présidente de l'association SOS Dépression 44,
- M. LEREVERAND, Coordonnateur (salarié) et Mme BOUKHALFA, Accueillante – animatrice (salariée) de l'Escale (CCAS d'Allonnes),
- Mme Béatrice PIGUELLIER, Présidente de l'association Sève et Racines (COPS 53)
- M. Hervé ROTH, Chargé de communication de SOS Amitié Région d'Angers et administrateur fédéral de SOS Amitié France
- M. Patrice ROUILLARD, Délégué régional de l'UNAFAM Pays de la Loire et Mme Françoise ROUILLARD, Déléguée départementale de l'UNAFAM de la Sarthe
- Mme Sophie RUELLAND, Animatrice (salariée), Solidarité Paysans 53.

Les acteurs rencontrés sur les 8 sites d'investigations approfondies

- A NANTES :
 - M. BERLINET, Chargé de projet, DT ARS Loire-Atlantique,
 - 2 bénévoles de SOS Inceste pour Revivre,
 - 1 bénévole de SOS Dépression 44,
 - Pr BOCHER, Unité Espace, CHU de Nantes,
 - Mme GARNIER, Association Bi-pôles,
 - M. GUIHARD, Psychologue en charge de la supervision à SOS Inceste pour Revivre,
 - Mme LAMBERT, Mission santé publique, chargée de projet santé mentale Ville de Nantes,
 - M. MAILLET, psychiatre à l'Unité Espace, bénévole à l'association Repères 44, médecin coordonnateur à la Maison des adolescents de Nantes,
 - M. PACROT, Association Recherche et Rencontres,
 - Mme THEBAULT, Psychologue en charge de la supervision à SOS Dépression 44,
 - Dr WAVELET et Dr CHAMARD-BOIS, Cellule de prévention, MSA Vendée – Loire – Atlantique.
- SUR LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DE VALLET :
 - 2 bénévoles du GPS de la Communauté de Communes de Vallet : M. PACROT, élu à la mairie de Mouzillon – adjoint aux affaires sociales et M. MELUC, élu à la mairie de Vallet – adjoint à la jeunesse,
 - Mme BRIOT, Psychologue en charge de la supervision au GPS,
 - Mme DESVEAUX, responsable pôle PA-PH à la Direction Générale solidarité du Vignoble Nantais,

- Mme PRIGENT, coordonnatrice au CLIC Atout'Age Vallet,
- M. VERDIER, directeur de l'Association Aide à Domicile pour Tous (ADT) et la responsable du pôle Nantes Sud Loire.
- A CHATEAUBRIANT
 - Participation au colloque « Suicide : prévention sur les territoires et travail en réseau », organisé le 8 octobre 2013 par le CHS de Blain en partenariat avec l'ARS et la Ville de Châteaubriant, en présence du Pr Jean-Louis TERRA
- A ANGERS :
 - Dr HISTACE, Médecin inspecteur en chef et Mme DAUDET, Chargée de projet, DT ARS Maine-et-Loire,
 - 2 bénévoles de SOS Amitié Région d'Angers,
 - Mme CHEVALIER, Association « Au cœur des flots »,
 - Mme COPIN, Psychologue clinicienne salariée chargée de la Coordination, Association d'Aide aux Victimes d'Abus Sexuels (AAVAS),
 - Pr GARRE et Dr GOHIER, Département psychiatrie – psychiatrie adulte, M. FRAPPART, unité paramédicale d'accueil psychiatrique du CESAME, Mme MALINGE-DUBRÉ, Cadre de santé, UNPS CHU Angers,
 - Dr LACCOURREYE, Psychiatre au CESAME, Coordinatrice de la Maison des Adolescents 49,
 - Mme MEGIMBIR, Chef de service Promotion de la Santé, Conseil Général du Maine et Loire,
 - Mme OBERDORF, Psychologue, Direction Santé Publique - Ville d'Angers,
 - Mme SEIGNEURIN, Directrice adjointe, CESAME,
 - Mme TOUCHES, Service social du CCAS, Angers,
 - Mme VERON, adjointe déléguée à l'action et à l'animation sociale, à la santé et au handicap, et à la vie associative, Mme BESSE adjointe de quartier, en appui sur les questions relatives à la santé mentale, Ville d'Angers.
- EN MAYENNE :
 - Mme KUMAR, DT ARS Mayenne
 - Deux bénévoles de l'Eclaircie,
 - Trois bénévoles de GERME,
 - Mme DAUZON, Directrice du CCAS, Château-Gontier,
 - M. DELETRE, Président, Délégation départementale de la Croix-Rouge,
 - Dr DELRUE, Médecin généraliste à Mayenne,
 - Mme GIBON, Fédération départementale ADMR de la Mayenne,
 - Mme GUILLET, MSA Mayenne Orne Sarthe,
 - M. GUIOULLIER, Centre d'étude et d'action sociale,
 - M. LEBONHOMME et Mme GERMANE, Communauté de communes du Pays de Mayenne,

- M. MARIE, Directeur, M. TALLOIS, Cadre supérieur de santé du pôle santé mentale, Mme LECHERBAULT, Cadre de santé du CMP, Mme DUCLOS, infirmière à l'UMP, CH Nord Mayenne,
- M. NAVARRO, Directeur du CHRS Revivre,
- Mme PALIERNE, Responsable du service « Action sociale de proximité », Conseil Général de Mayenne,
- Mme PIETTE, MSA Mayenne Orne Sarthe,
- Mme TEREINE, Référente santé du CUCS de Laval.
- DANS LE PAYS DES COËVRONS :
 - Mme FRETARD, Directrice du FJT Le Nymphéa, Co-animatrice du réseau d'écoute des Coëvrons, Evron,
 - Mme GUILLEUX, coordinatrice du CLIC des Coëvrons,
 - Mme HEMERY, Psychologue à l'hôpital local, Evron,
 - Mme LEPINE, Responsable du CCAS, Ville d'Evron,
 - M. MORINEAU, élu en charge de la santé, Ville d'Evron,
 - M. TUSSEAU-BONDU, Responsable de la zone d'action sociale d'Evron, Conseil Général de Mayenne,
 - Mme ROUSSEL, cadre de santé des CMP d'Evron, Laval-Est et Laval Ouest.
- AU MANS :
 - Mme BASTARD, Chargée de projet, DT ARS Sarthe,
 - Deux bénévoles de l'Escale
 - Deux bénévoles de SOS Amitié Région du Mans,
 - Mme BRIOT-HASSAN, Directrice du Pôle Insertion par le Logement - Inclusion sociale et du Pôle social, Association Montjoie,
 - M. CHAMBIRON, Conseil général de la Sarthe, responsable de la circonscription du Mans,
 - Dr CHOUKROUN, Médecin responsable des Urgences, CH du Mans
 - Mme DUJARDIN, Directrice générale de l'Association d'Hygiène sociale de la Sarthe,
 - Mme GUERINO, Conseil général de la Sarthe, Assistante sociale,
 - Dr GUIOUILLER, psychiatre, co-directeur de la Maison des Adolescents,
 - Dr NGUYEN, responsable du Pôle Transversal Externe, Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe
 - Dr MBOKO, Médecin du Conseil Général de la Sarthe en charge du travail transversal et des relations avec les partenaires.
- A LA FERTE - BERNARD :
 - Mme BOIS, Vice - Présidente du CCAS de Ferté Bernard, élue à la Mairie de la Ferté Bernard
 - Dr SERRET, Centre municipal de santé

- A CHALLANS :
 - Dr CAULIER, Conseiller technique et Mme CHESSE, Infirmière de santé publique, DT ARS Vendée
 - Mme BURGAUD, CMP de Challans,
 - M. CHAMARD-BOIS – Médecin de la santé au travail et médecin à la cellule pluridisciplinaire de prévention du suicide. Territoires : Challans, Noirmoutier, L'île d'Yeu,
 - Mme CROUAN, SOS Suicide Phénix des Pays de la Loire,
 - Dr JUHEL, Chef de service psychiatrie, Dr MESSAOUD, Praticienne, Mme ROUILLARD Cadre supérieur du Pôle santé mentale, CH Loire Vendée Océan,
 - Mme MASSE, coordinatrice du CLS de l'île d'Yeu,
 - Dr MOLLE, Médecin généraliste et Conseiller municipal délégué aux Personnes âgées et personnes handicapées, Ville de Challans,
 - Mme PAPILLON, coordonnatrice, Mme DEGRYSE, Stagiaire, RESPA/CLIC – Réseau de Soins Personnes âgées,
 - M. RIPAUD, Chargé de mission, Pôle départemental « Vie des familles » et Mme MARSAULT, administrateur fédéral, responsable de la commission départementale « Deuil », Familles Rurales
 - Mme THIBAUD, Directrice du CCAS de Challans
 - M. VAUCHE, Responsable de service, Centre médico-social de Challans.

7.6. LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- Programme national d'actions contre le suicide 2011 - 2014
- Projet Régional de Santé 2012 – 2016 des Pays de la Loire
- MSA – ARS, Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire - Annuaire des acteurs ressources, janvier 2013
- Dr Jean-François BUYCK, Marie-Cécile GOUPIL, Dr Paolo BERCELLI, Dr Anne TALLEC, Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire - Bilan 2013, Observatoire Régional de la Santé dans les Pays de la Loire, Février 2013
- Baromètre santé jeunes 15 – 25 ans – Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents - Données 2010, Observatoire Régional de la Santé dans les Pays de la Loire, Février 2013
- Dr Jean-Paul BOULE, Xavier BRUN, Catherine OGE, Claude PICHON, Evaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide, Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, juin 2012
- Actualité et Dossier en Santé Publique n°45, « La Prévention du suicide », Revue du Haut Conseil de la Santé Publique, décembre 2003
- ANAES, Fédération française de psychiatrie, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000
- INPES, « Prévention et aide à distance en santé », Revue La santé de l'homme n°422, Novembre – décembre 2012
- Jean FURTOS²⁷, « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », Dossier Souffrance et Société, Mental'idées n°11, Septembre 2007

²⁷ Jean FURTOS est psychiatre au Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier à Lyon, Directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE

ARS Pays de la Loire – Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage et d'orientation des personnes en souffrance psychique ayant des comportements suicidaires – Janvier 2014

Agence régionale de santé Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue

CS 53233

44262 NANTES cedex 2

02 49 10 40 00

www.ars.paysdelaloire.sante.fr

