



S U I C I D E

Connaître pour prévenir :

dimensions nationales, locales

et associatives

2^E RAPPORT / FÉVRIER 2016

SYNTHÈSE

DOSSIERS P.61

*BILAN DES PLANS
D' ACTIONS* P.157

DONNÉES LOCALES P.177

FICHES P.411

ANNEXES P.461

SYNTHÈSE

Muriel Moisy (DREES)

En 2012, le suicide a causé la mort de 9 715 personnes en France métropolitaine, soit près de 27 décès par jour, loin devant la mortalité routière qui s'est élevée, cette même année, à 3 426 victimes. Aussi précis soit-il, ce décompte ne doit pas faire oublier qu'il s'agit là d'une estimation puisqu'en raison d'erreurs ou d'absence de codage parmi les 558 408 certificats de décès enregistrés en 2012, le nombre de suicides se rapproche plus vraisemblablement des 10 700 décès. De la préadolescence au grand âge, le suicide concerne l'ensemble de la société même s'il se pose avec plus d'acuité pour les hommes et chez les personnes âgées. 75 % des décès par suicide sont masculins. La surmortalité masculine est présente à tous les âges, bien que davantage marquée entre 25 et 44 ans où la part des décès masculins avoisine 80 %. Le taux standardisé de mortalité par suicide¹ s'établit, tous âges confondus, à 16,7 pour 100 000 en France métropolitaine en 2012. Le taux brut est de 15,3 pour 100 000 habitants pour la France métropolitaine et de 15,1 pour 100 000 habitants pour la France entière, et présente deux pics : le premier entre 45 et 54 ans, où il atteint 25,1 pour 100 000, le second à partir de 75 ans où les taux sont supérieurs à 30 pour 100 000. Au-delà de ces chiffres, il est nécessaire de prendre en compte les personnes particulièrement vulnérables aux conduites suicidaires, soit parce qu'elles ont déjà réalisé une tentative de suicide, soit parce qu'elles déclarent avoir des pensées suicidaires, soit parce qu'elles ont été confrontées à la problématique du suicide dans leur entourage. En France métropolitaine, le nombre de tentatives de suicide est estimé à environ 200 000 par an, 20 fois plus que le nombre de suicides. Il est surtout le fait des jeunes filles entre 15 et 20 ans et dans une moindre mesure des femmes âgées de 40 à 50 ans, même si pour ces deux classes d'âges, une baisse des taux d'hospitalisation dans les services de médecine et de chirurgie suite à une tentative de suicide est observée depuis 2010. Il faut aussi tenir compte de ceux qui déclarent avoir eu des pensées suicidaires : parmi les personnes de 15 à 75 ans interrogées en 2014, 5 % en France métropolitaine, 4,2 % en Guadeloupe, 4,4 % en Martinique, 4,7 % à La Réunion et 5,5 % en Guyane déclarent

1. Il s'agit du taux pour 100 000 habitants standardisé selon la population Eurostat EU & EFTA (les pays de l'EU-27 ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse), en 2012.. Ce taux est obtenu en appliquant à la population française la structure par sexe et âge de cette population de référence. Cette standardisation permet des comparaisons internationales, en neutralisant l'effet des différences de structure par sexe et âge des populations comparées.

avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. L'énumération de ces statistiques permet de mesurer combien la question du comportement suicidaire est un enjeu de santé publique qui concerne un nombre élevé d'hommes et de femmes en France : selon un programme de recherche mené entre 2007 et 2010 sur l'impact des suicides et des tentatives de suicide sur l'entourage, pour chaque décès par suicide, 26 personnes sont directement ou indirectement endeuillées, soit environ 300 000 personnes chaque année, auxquelles il faut ajouter 3 750 000 Français touchés par la tentative de suicide d'un proche [1].

Face à ces chiffres préoccupants sur le suicide et les comportements suicidaires, il est important d'en comprendre les mécanismes complexes. Certes, les principaux facteurs de risque et de protection du suicide sont plutôt bien décrits dans la littérature française et internationale. Certes, les actions de prévention sur le terrain sont nombreuses par le biais du tissu associatif ou des réseaux des professionnels de santé. Mais sur une longue période d'observation, le constat d'un nombre de suicides qui diminue, mais pas suffisamment, est bel et bien présent et des enjeux continuent de se poser, notamment en termes de prévention, de postvention mais aussi de communication autour de ce fait social :

- Comment améliorer le recueil quantitatif des suicides et des tentatives de suicide pour proposer une cartographie sociale et territoriale la plus fidèle possible ?
- Quel type de recherche favoriser pour mieux appréhender les interactions entre les différents facteurs de risque ?
- Comment mieux repérer les personnes entrées dans le processus suicidaire et éviter le passage à l'acte ?
- Quelles sont les actions de prévention les plus efficaces pour prévenir les récurrences ? Comment évaluer ces programmes d'action, souvent mis en place à un niveau local ? Sont-ils transférables à d'autres territoires ou à d'autres groupes de population à risque ?
- Quelles prises en charge mettre en place pour soutenir les familles endeuillées et éviter une propagation du suicide à l'environnement familial et social ?
- Enfin, comment évoquer le suicide dans les médias ? Comment sensibiliser et former les différents acteurs, journalistes, élus, médiateurs, au thème du suicide ?

C'est autour de ces questions ambitieuses que s'organise, depuis septembre 2013, la réflexion des membres de l'Observatoire national du suicide, parlementaires, représentants d'associations, experts, chercheurs, représentants des ministères, des agences régionales de santé, des opérateurs en santé et des caisses d'assurance maladie.

La première partie de cette synthèse revient sur l'état des lieux des connaissances sur le suicide établi dans le premier rapport de l'Observatoire et fait le suivi des recommandations émises. Dans la mesure où il était impossible, en une année, de traiter en profondeur et dans leur intégralité les thématiques pertinentes telles les

actions de prévention et de postvention, l'analyse des facteurs de risque ou encore l'amélioration de la mesure des suicides, les membres ont fait le choix de poursuivre, au cours de la deuxième année, l'éclairage de ces sujets considérés comme prioritaires en développant, en outre, une perspective territoriale des principaux indicateurs de mortalité par suicide et d'hospitalisation après une tentative de suicide. Les trois parties suivantes sont le reflet des échanges entre les membres lors des assemblées plénières qui se sont tenues en 2015, ainsi que des travaux présentés en groupes de travail.

La deuxième partie, consacrée au dossier « Données et actions des associations de prévention du suicide en France », propose un panorama de la diversité des actions de prévention menées par les associations et un aperçu des informations recueillies à travers les dispositifs d'aide à distance (téléphonie, forums, chats). La troisième partie présente le dossier « Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide » qui, sur la base d'une revue de littérature, observe à partir des travaux récents les effets concomitants des différents facteurs de risque sur les comportements suicidaires, et notamment les liens entre les facteurs médicaux (facteurs psychiatriques, maladies chroniques, consommations à risque...) et les facteurs sociodémographiques et économiques. Une revue de travaux neurobiologiques visant à identifier les biomarqueurs du suicide pour améliorer la prévention des conduites suicidaires complète ce dossier.

La quatrième partie de cette synthèse, consacrée aux « Données locales », met en perspective les disparités territoriales, à l'échelle régionale et départementale, qui caractérisent les principaux indicateurs de la mortalité par suicide, des modes opératoires et des hospitalisations pour tentative de suicide.

Enfin, dans une cinquième et dernière partie sont présentées les recommandations pour les prochains rapports, qui émanent des constats faits par les membres de l'Observatoire quant aux enjeux à moyen et plus long terme.

1. Rappel et bilan du suivi des recommandations du premier état des lieux des connaissances sur le suicide

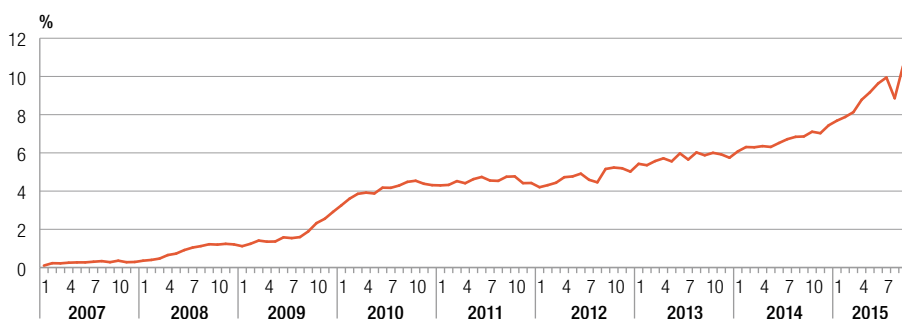
Un premier *État des lieux des connaissances sur le suicide et des perspectives de recherche*, fruit d'une année de réflexion des membres de l'Observatoire national du suicide, a été remis à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes en décembre 2014. En élaborant un premier recensement des sources et des données disponibles sur la thématique, en éclairant certaines actions de prévention mises en œuvre dans une politique active en France depuis une vingtaine d'années et en retraçant les différentes pistes de recherche sur les conduites suicidaires, ce premier rapport a commencé à répondre aux missions qui ont été confiées à l'Observatoire.

1.1. Données épidémiologiques sur la mortalité par suicide et le nombre de tentatives de suicide en France

Au sujet de la surveillance épidémiologique des suicides, le premier rapport a finement décrit le système d'information complexe permettant d'estimer plus que de mesurer le nombre de suicides en France. Les données de mortalité par suicide sont produites par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) qui gère la base des causes médicales de décès depuis 1969, en s'appuyant sur les remontées des certificats de décès. Pour la première fois depuis le début des années 1990, le nombre de suicides en France métropolitaine est passé sous la barre des 10 000 décès avec 9 715 décès comptabilisés pour l'année 2012 contre 10 359 décès en 2011. Toutefois, et le premier rapport s'en est fait largement l'écho en émettant des recommandations à ce sujet, la statistique des causes médicales de mortalité est encore perfectible en raison du problème des suicides non repérés, pour lesquels la cause de la mort indiquée est « mort violente indéterminée quant à l'intention » ou « cause inconnue ». Selon une enquête menée par le CépiDc-Inserm à partir des données de mortalité de 2006, la sous-estimation des décès au niveau métropolitain s'établit à 9,4 %, variant selon les régions de 0,3 % en Bretagne à 46 % en Île-de-France, taux de très loin le plus élevé. En prenant en compte cette sous-estimation, on peut évaluer à 10 690 le nombre de décès par suicide en France métropolitaine en 2012.

L'une des recommandations du premier rapport sur les systèmes d'information sur les suicides consistait à rendre effective la refonte du certificat de décès et à accélérer le déploiement du certificat électronique. En juillet 2013, une instruction du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes demandait aux

GRAPHIQUE 1 • Pourcentage de décès certifiés électroniquement par mois et année de décès de 2007 à 2015



Source • CépiDc-Inserm.

agences régionales de santé (ARS) d'inciter les établissements de santé à utiliser les certificats de décès électroniques, avec un premier objectif de 20 % d'utilisation fin 2015. Si ce pourcentage n'est pas encore atteint, il a augmenté de façon constante mais lente depuis la fin de l'épisode de grippe H1N1 en mars 2010 jusqu'à fin 2013. Une accélération du déploiement s'observe nettement depuis la fin de l'année 2014 (**graphique 1**). La proportion de décès certifiés électroniquement atteint 10 % en septembre 2015.

Les perspectives d'évolution de l'application de certification électronique dans les deux années à venir sont les suivantes :

- une dématérialisation complète du certificat de décès (un volet administratif doit toujours être imprimé aujourd'hui et envoyé à la mairie de décès) et la mise en place d'une application mobile pour déclarer les décès en ambulatoire ;
- une évolution du certificat vers une version intégrant un item donnant la possibilité de déclarer explicitement les circonstances apparentes de suicide et permettant aux instituts médico-légaux de remplir et d'envoyer à l'Inserm un volet médical complémentaire par voie électronique issu du résultat de leurs investigations.

Pour être mises en place, ces deux évolutions doivent faire l'objet d'une adaptation des textes réglementaires encadrant la certification médicale des décès, dont l'instruction est en cours.

La sous-estimation des suicides semble également liée à la participation inégale des services de médecine légale, avec des taux de transmission des informations issues des enquêtes médico-légales qui varient fortement d'un institut médico-légal à l'autre. Renforcer la participation de ces services en tant qu'acteurs de la surveillance épidémiologique des suicides avait fait l'objet d'une recommandation dans le premier rapport. Dans le cadre du suivi de cette recommandation, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a mis en place un projet de collaboration avec les instituts de médecine légale (IML) et le CépiDc de l'Inserm. L'objectif de ce projet est d'étudier la possibilité de développer un dispositif de surveillance des suicides s'appuyant sur les données des services de médecine légale. Ce dispositif devra tenir compte de l'évolution en cours du certificat de décès et, à terme, s'insérer dans le système d'information sur les causes de décès géré par le CépiDc-Inserm. Afin de mettre en œuvre ce projet, un groupe de travail a été constitué, réunissant des médecins légistes, le CépiDc-Inserm et l'InVS. Ce groupe de travail a pour objectif de proposer les modalités de mise en œuvre de ce dispositif de surveillance puis de les tester dans le cadre d'une étude pilote reposant sur des IML volontaires. La première réunion de ce groupe s'est tenue en octobre 2015. Elle a permis de faire un bilan des pratiques des IML et d'initier la réflexion sur le contenu d'un outil de recueil. Une seconde réunion est prévue pour le début de l'année 2016 afin de travailler sur la faisabilité et les modalités d'une étude pilote.

Concernant les tentatives de suicide, le système d'information est multisources, puisqu'il repose à la fois sur des données extraites de bases médico-administratives, pour ce qui relève des hospitalisations en médecine et chirurgie (PMSI-MCO) ou en psychiatrie (RIM-P) après une tentative de suicide, et sur les données du réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) pour ce qui relève des passages aux urgences suite à une tentative de suicide. Ce réseau est particulièrement important pour la surveillance des tentatives de suicide puisque 80 % des tentatives prises en charge par le système de soins passent par les urgences.

En 2013, 78 980 patients ont été hospitalisés en services de médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) après une tentative de suicide, ce qui représente 90 094 séjours sur l'année, soit un peu moins de la moitié de l'ensemble des tentatives de suicide. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide diminue depuis 2010. Cette diminution s'explique essentiellement par un recul du taux d'hospitalisation chez les femmes. Comme pour la mortalité par suicide, le premier rapport a mis en évidence la difficulté à recenser de façon exhaustive le nombre de tentatives de suicide en France et ce pour trois raisons. D'une part, le codage des tentatives de suicide dans les bases médico-administratives de recours aux soins souffre d'un manque d'exhaustivité (pas de retour possible aux dossiers d'hospitalisation pour vérification), les tentatives de suicide faisant l'objet d'un passage aux urgences n'étant pas toutes enregistrées dans les « Résumés des passages aux urgences » (RPU). D'autre part, les données issues de la base Oscour® ne couvrent pas l'intégralité des passages aux urgences en France, même si la couverture nationale atteint 89 % en octobre 2015 (560 services d'urgence). Enfin, dans les deux dispositifs précédemment décrits ne sont pas prises en compte les tentatives de suicide qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences et qui nécessiteraient la mobilisation d'autres systèmes d'information tels que le recueil du réseau Samu-Centres 15, actuellement en cours de refonte. Si la tentative de suicide était recherchée et renseignée dans le recueil des appels téléphoniques du Samu, cela permettrait de faire émerger une partie des tentatives de suicide non comptabilisées jusqu'alors parce que n'ayant pas fait l'objet d'un passage aux urgences ou d'une hospitalisation [2]. Une partie seulement des tentatives de suicide devrait être concernée car le nouveau codage du Samu-Centres 15 ne permettra pas de tenir compte des appels téléphoniques de patients ou de proches non comptabilisés dans le recueil du Samu parce qu'adressés à d'autres services d'urgences, comme le 18 des sapeurs-pompiers ou des tentatives de suicide prises en charge en médecine de ville. L'amélioration de la qualité des données des bases médico-administratives dépend de l'amélioration de leur codage par les praticiens. Une des recommandations du premier rapport de l'Observatoire concernait le suivi de l'amélioration de la qualité des données. Dans ce cadre, un groupe de travail réunissant l'InVS, ses cellules en région (Cire) et la

Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) a été mis en place afin d'améliorer la qualité des données d'Oscour®. Les chantiers de ce groupe de travail sont à la fois l'instauration d'un nouveau thésaurus dans les RPU, incluant explicitement la tentative de suicide comme motif de recours aux urgences, mais aussi des actions auprès des producteurs locaux de données afin de les inciter à mieux prendre en compte le codage des tentatives de suicide.

1.2. Actions de prévention du suicide en France

Outre ce premier état des lieux des systèmes d'information, le précédent rapport a fait également une large place à la présentation de quelques actions de prévention du suicide menées en France mais aussi à l'étranger. Le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, mis en place par la Direction générale de la santé, comporte 49 actions qui embrassent tous les aspects de la thématique du suicide, de l'information du grand public à la formation des professionnels de santé, de la prise en charge des personnes suicidaires à l'accompagnement des familles endeuillées. En coordination avec ce programme national figurent deux programmes spécifiques : l'un mis en place par la Mutualité sociale agricole (MSA), destiné à mieux cerner les enjeux que pose le suicide dans le milieu agricole, l'autre par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) sur le suicide en milieu carcéral. Cet éclairage était complété, dans le premier rapport, par des expériences internationales. Tout l'enjeu pour ces dernières réside dans les possibilités de transférabilité de ces actions vers d'autres territoires ou d'autres populations.

Parmi les interventions décrites dans le premier rapport et évaluées comme efficaces dans la littérature figuraient l'ouverture de lignes d'appel auprès des personnes vulnérables, le maintien du contact auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et la réduction des moyens létaux et de leur accès. Cette synthèse revient brièvement sur ces trois types d'intervention.

Le dispositif des lignes d'appel destinées aux personnes en risque suicidaire est inscrit dans l'axe 1 du Programme national de prévention du suicide. La mise en place d'un tel dispositif repose en partie sur les partenaires associatifs et leur expérience en matière d'écoute. Plusieurs évaluations ont montré un impact positif de ces dispositifs avec notamment une baisse du nombre des suicides et des pensées suicidaires. Elles ont également souligné la nécessité que ces interventions soient adaptées au public visé et qu'une réflexion sur un suivi actif des appelants soit engagée, comme par exemple le rappel de la personne vulnérable le cas échéant. En outre, dans le cadre de la réorganisation de la prévention et des aides à distance en santé est apparu un besoin d'harmonisation des données recueillies par ces lignes d'appel. C'est à l'Institut national de prévention en santé (INPES) qu'a

été confié ce travail de valorisation et d'harmonisation commune des données de plusieurs associations telles que SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, PHARE Enfants-Parents ou Suicide Écoute afin de permettre une comparaison du profil des appelants et de leurs attentes selon les associations. Ce travail, encore en cours, fait l'objet, dans ce rapport, d'un dossier qui en présente des éléments plus détaillés.

Le maintien du contact auprès des personnes à risque de récurrence suicidaire est une autre action considérée comme efficace dans le premier rapport. Elle repose sur la conservation du lien avec le suicidant par l'intermédiaire d'appels, de SMS, de cartes postales ou encore de documents qui rappellent les numéros des services d'aide et les associations existantes. Ce dispositif n'est pas nouveau puisqu'on le retrouve aux États-Unis au début des années 2000 ainsi qu'à Bristol, en Australie ou en Nouvelle-Zélande. Partout, l'efficacité à court terme du maintien du contact, c'est-à-dire dans l'année qui suit l'hospitalisation après une tentative de suicide, est prouvée tandis que l'effet diminue avec le temps. En France, plusieurs expériences ont été menées à l'échelle locale (Nord de la France, Brest...). Elles tendent à corroborer le constat précédent de l'efficacité de ces démarches même si l'évaluation de telles mesures est complexe en raison de la taille limitée des échantillons sur lesquels elles ont porté ou du contexte local dans lequel elles ont été mises en œuvre. Toutefois, tout comme pour les lignes d'écoute, l'efficacité de telles mesures semble dépendre de la réciprocité des démarches : si l'initiative ne résulte que du suicidant, l'efficacité est moindre que si le personnel de santé contribue au maintien du lien.

Dans un autre domaine d'actions, la restriction des moyens létaux a aussi fait l'objet d'un éclairage dans le premier rapport, qui rappelait que les mesures pour limiter ces moyens s'inscrivent à plusieurs niveaux : sur un plan individuel, avec un contrôle plus important de la détention d'armes à domicile ; à l'échelle locale, en sécurisant les lieux collectifs ; enfin, au niveau national en modifiant par exemple la réglementation sur le port d'arme ou encore la réduction du taux de monoxyde de carbone dans le gaz de ville. Si ces mesures étaient présentées dans le premier rapport comme des mesures reconnues dans la littérature pour être particulièrement efficaces à l'international, le bilan réalisé par la Direction générale de la santé au terme du Programme national de prévention du suicide est plus mitigé dans le cas de la situation française, en raison des difficultés de mise en œuvre de telles mesures, les armes à feu y étant moins répandues que dans d'autres pays.

Un an plus tard, la Direction générale de la santé (DGS), la Mutualité sociale agricole (MSA) et la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) ont rédigé les bilans de leurs programmes respectifs qui sont présentés dans ce deuxième rapport. Il en ressort qu'une majorité des actions annoncées ont pu être mises en place. D'autres sont en cours ou n'ont pu encore être explorées et seront inscrites dans le programme national d'actions annoncé à la fin de l'année 2014. Quel que soit

le domaine dans lequel ces actions prennent place et quelles que soient les populations ciblées, les programmes de prévention du suicide engagent une réflexion autour de deux questions majeures, d'une part celle de la méthodologie à mettre en place pour évaluer les nombreuses actions entreprises, notamment celles isolées ou prenant place dans un contexte particulier, d'autre part celle de la délimitation entre une démarche de soutien et une démarche interventionniste qui pourrait aller à l'encontre du droit de chacun à décider pour soi-même de sa vie.

1.3. État de la recherche en matière de suicide

Depuis de nombreuses années, le suicide se pose comme objet d'étude scientifique. Un terme, la suicidologie, est même apparu à la fin des années 1960 pour définir la recherche scientifique sur le suicide et dont l'objectif est double : comprendre et prévenir. Le premier rapport a été l'occasion de rappeler les différentes approches, les différentes disciplines ainsi que les différentes méthodologies développées dans ces études scientifiques, mais aussi d'insister sur les lacunes dans les connaissances de certaines thématiques.

En effet, bien que les recherches sur le suicide soient nombreuses, comme en témoignent notamment les deux recueils numériques élaborés par la Mission recherche de la DREES (Mire), « La thématique du suicide » et « Surendettement et suicide » (présentés en annexe 2 de ce rapport), ainsi que le deuxième dossier de ce présent rapport consacré à l'étude scientifique des facteurs de risque des conduites suicidaires, tous les champs ne sont pas couverts. Ce constat a conduit à l'élaboration d'une série de recommandations dans le premier rapport.

Pour commencer à répondre à ces recommandations, l'Observatoire national du suicide, avec l'appui de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) a lancé, début 2015, un appel à recherche. Cet appel a été cofinancé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), par la Direction générale de la santé (DGS) et par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Le Comité scientifique d'évaluation de l'appel était présidé par Christian Baudelot (professeur émérite de sociologie de l'École normale supérieure de Paris et Centre Maurice-Halbwachs) et composé de : Jean-Louis Terra (centre hospitalier Le Vinatier, Bron), Françoise Facy (UNPS), Isabelle Gernet (Université Paris Descartes), Marie Tournier (Université Victor Segalen, Bordeaux 2), Jean-Pierre Soubrier (CRES) et Christine Chan-Chee (InVS). Le nombre de projets reçus a été jugé très satisfaisant et témoigne de l'intérêt suscité par l'appel : 28 projets ont été soumis mais l'un d'entre eux a été jugé hors champ par le comité scientifique d'évaluation.

Les 27 projets expertisés se sont répartis de manière équilibrée entre les deux principaux axes de l'appel à projet :

Axe 1 : la connaissance des facteurs de risque et de protection du suicide et des mécanismes conduisant au suicide : 14 projets abordent différents facteurs de risque (sanitaires, sociaux, historiques et contextuels), de façon isolée ou en interaction, en particulier chez les jeunes, les personnes âgées et les personnes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Trois projets portent plus précisément sur la détection du risque suicidaire (chez les jeunes, par les médecins généralistes ou via les réseaux sociaux) et un projet vise à mieux comprendre le processus suicidaire.

Axe 2 : l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention du suicide : 13 projets relèvent de ce deuxième axe, en particulier sur la prévention auprès de personnes ayant fait une tentative de suicide et ayant été ensuite prises en charge par le système de santé.

Les thématiques sur lesquelles portent les projets sont variées (**tableau 1**). Néanmoins, il est à noter que peu de projets ont été déposés sur certaines thématiques mises en avant dans le texte de l'appel. Notamment, aucun projet portant sur le suicide en milieu carcéral n'a été déposé. Compte tenu des taux importants de suicide dans ce milieu, il serait utile de continuer à encourager des travaux de recherche dans ce domaine, en faisant appel à des équipes confirmées, auxquelles seraient associés des personnels pénitentiaires, médecins, infirmiers, surveillants, etc. Enfin, seulement deux projets associant les neurosciences ont été soumis.

Les populations cibles sur lesquelles portent les projets sont également variées et représentent globalement bien les différentes populations citées dans le texte de l'appel à projet (**tableau 2**), à l'exception des populations carcérales. Il faut noter que trois projets visent les conduites suicidaires dans les départements d'outre-mer et deux la population en milieu rural. La multidisciplinarité des projets est à souligner, la quasi-totalité d'entre eux sollicitant au moins deux disciplines.

Le **tableau 3** montre que l'appel à recherche a touché largement les disciplines concernées par la thématique de recherche, les plus représentées étant la psychiatrie, la psychologie, l'épidémiologie et les statistiques. Les discussions au cours de l'appel à projet ont mis en avant le fait que les projets traitent de sujets très intéressants, mais que leur qualité scientifique n'est pas toujours suffisante par rapport aux enjeux soulevés. Le caractère innovant et les possibilités de publication sont également inégaux selon les projets.

TABEAU 1 • Nombre de projets par thématiques

Axes	Thématiques	Nombre de projets
Axe 1	Déterminants/facteurs de risques <i>dont suicide et travail</i>	11 3
	Détection du risque de suicide	3
	Processus suicidaire	1
	Axe 2	
	Action de prévention <i>dont suicide et travail</i>	5 7
	Prise en charge/système de santé	8

TABEAU 2 • Nombre de projets par populations cibles*

Populations cibles	Nombre de projets
Jeunes	6
Actifs	4
Personnes âgées	2
Minorités sexuelles	1
Personnes ayant fait une TS	8
Population en milieu rural	2
Outre-mer	3
Population générale	15

*Un projet peut porter sur plusieurs populations cibles.

TABEAU 3 • Nombre de projets par disciplines

Disciplines	Nombre de projets
Psychiatrie	17
Psychologie	12
Épidémiologie	11
Statistiques	8
Informatique	6
Sociologie	6
Médecine (générale, légale, d'urgence)	6
Économie	4
Démographie	2
Méthodologie	2
Sciences de gestion	2
Neurosciences	2
Sciences des médias/communication	2
Droit	2
Anthropologie	2
Histoire	1
Chimie	1

Les projets sélectionnés se sont ainsi démarqués par rapport à l'ensemble des projets déposés : il s'agit de quatre projets de recherche et d'un contrat de définition². Les cinq projets retenus et financés sont très différents, tant par le profil de population (âgée, active, adolescente) sur laquelle ils portent, que par les disciplines qu'ils sollicitent (neurosciences, épidémiologie, psychiatrie, communication). Les durées varient de 12 à 36 mois (annexe II). Leur avancée permettra d'éclairer des thématiques qui n'ont jusqu'à présent pu être abordées en détail au sein de l'Observatoire, comme l'approche populationnelle du suicide.

Ce deuxième rapport apporte un éclairage sur trois thèmes : la connaissance des actions sur le terrain menées par les associations de prévention du suicide, l'insuffisance des données sur les suicides et les tentatives de suicide, disparates d'un territoire à l'autre, et le caractère encore très fragmenté de la vision des facteurs de risque des conduites suicidaires. Ces problématiques sont autant d'enjeux qui ont suscité des questionnements de la part des membres de l'Observatoire et ont animé les débats qui sont restitués ici.

2. Les associations, des acteurs historiques de la prévention

Dès les années 1960, les associations ont pris en charge, sur le terrain, les personnes vulnérables aux conduites suicidaires et les familles endeuillées. Chacune, avec ses moyens financiers, ses missions et son mode de fonctionnement, a apporté le soutien nécessaire, l'écoute et parfois des propositions de psychothérapies aux personnes en détresse psychologique, et leur rôle n'a cessé de s'accroître au fil du temps.

2.1. La transformation du tissu associatif en France

Depuis 1960 et les premières associations d'écoute des personnes en difficultés, le tissu associatif s'est largement transformé en France. Laissé dans l'ombre du tabou, le suicide n'était pas affiché comme la mission première des associations fondatrices dans les années 1960 et 1970, davantage tournées vers la prévention de l'isolement et du mal-être à l'image de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (1963), de La Porte Ouverte (1969) ou encore l'Association nationale Jonathan Pierres Vivantes (1978). En effet, dès les années soixante, le recul de la famille nucléaire, traditionnellement composée d'un couple, le plus souvent uni par les liens du mariage, et de plusieurs enfants [3], qui constituait jusqu'alors un lieu de socialisation de ses membres et un rempart contre l'isolement social, concomitant à la montée de l'insécurité économique et à une perte

2. Un contrat de définition désigne un travail de conception d'une recherche ou d'une étude pilote.

de cohésion des classes sociales construites autour du travail, a pu conduire de plus en plus d'individus aux profils variés à devoir faire face à un sentiment de solitude vis-à-vis d'un réseau social et familial qui ne les protège plus. Face à ces transformations de la société, le tissu associatif s'est diversifié. Auparavant généralistes, les nouvelles associations, locales ou nationales, qui voient le jour dans les années 1980 et plus encore dans les années 1990 se spécialisent progressivement vers les publics les plus exposés au suicide par leur âge, leur situation de rupture familiale, scolaire, professionnelle, sociale, leur orientation sexuelle ou encore leur isolement. Leurs missions se sont diversifiées : aux côtés des actions de veille à vocation sociale (écoutes téléphoniques sans intervention), certaines associations mettent en place des actions d'accompagnement des personnes en risque suicidaire, des actions de prévention et de postvention, des actions de sensibilisation à la prévention ou au repérage du suicide (dans les établissements scolaires, les maisons de retraite, les prisons, auprès des professionnels de santé...) ou encore des actions de formation (des bénévoles, des personnels de santé, des journalistes...). D'autres proposent une prise en charge médicale (proposition de soins psychiatriques ou psychothérapeutiques) ou pour faire face à des situations d'urgence, mettent en place des services d'hébergement ou d'aide qui s'inscrivent dans les démarches administratives de réinsertion. Une liste non exhaustive des associations de prévention du suicide en France et de leurs missions est présentée dans l'annexe II de cette synthèse.

Huit associations ou groupements d'associations sont représentés dans l'Observatoire national du suicide : Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS), Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS), PHARE Enfants-Parents, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), Collectif interassociatif sur la santé (CISS), SOS Amitié, Le Refuge et l'Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA). Ces associations ou groupements d'associations font bénéficier l'Observatoire de leur expertise et participent à la réflexion sur les politiques de prévention du suicide.

2.2. Vers une harmonisation des outils de suivi de l'activité des associations

À travers ce premier aperçu de la prévention du suicide à l'échelle des associations, on mesure combien celle-ci est plurielle. Cette pluralité apparaît jusque dans le recueil des données lors des écoutes téléphoniques. En effet, et bien que ce ne soit pas leur mission première, la plupart des associations recueillent de façon anonyme certaines informations livrées par l'appelant au fur et à mesure des appels ou lors des échanges sur les tchats. Jusqu'ici, le protocole de recueil était propre à chaque association, qu'il s'agisse du support (enregistrement sur fiches papier, sur fichiers Excel ou sur des logiciels développés en interne), de la grille d'analyse (choix

distincts des informations recueillies comme par exemple l'origine géographique des appelants) ou encore des formats retenus (classes d'âges plus ou moins étendues, motifs d'appel et causes de souffrance plus ou moins détaillées). Cette hétérogénéité du matériau collecté empêchait toute comparaison des données entre associations et ne permettait pas de dresser un panorama global du profil des appelants.

Depuis 2010, un projet collaboratif pour réorganiser les dispositifs de prévention et aide à distance en santé (PADS) a été confié à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) afin, entre autres, de moderniser et d'harmoniser le plus possible les systèmes de recueil. La transition vers de nouveaux outils informatiques est complexe et nécessite un temps d'appropriation des nouveaux procédés par les bénévoles. Ce projet a été lancé pour l'heure dans quatre associations : SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, Suicide Écoute et PHARE Enfants-Parents³.

Le premier dossier de ce rapport revient à la fois sur cette réorganisation émergente et sur les premiers résultats, riches d'enseignements. Les données 2014 issues du nouveau dispositif ne sont disponibles que pour trois des quatre associations concernées. L'analyse de ces données met en exergue un profil type des appelants : plutôt des femmes, d'âges actifs, déclarant le plus souvent la dépression, les problèmes de couple ou encore la solitude comme cause de leur mal-être. La fréquence de ces causes n'est néanmoins pas identique entre les femmes et les hommes : ces derniers évoquent d'abord leur solitude puis la dépression et la présence d'une maladie physique comme explication de leur souffrance. Ces associations semblent également s'adresser à des publics différents : depuis la mise en place du tchat, les appelants à SOS Amitié sont plutôt plus jeunes alors que les plus âgés (55 ans et plus) se tournent davantage vers SOS Suicide Phénix. Si la thématique du suicide occupe une place équivalente dans les appels reçus par SOS Suicide Phénix et par Suicide Écoute (environ 30 % des appels), la part des hommes parmi les appelants ayant des pensées suicidaires est plus élevée chez SOS Suicide Phénix que chez Suicide Écoute (42 % versus 34 %).

Parallèlement à cette réorganisation du dispositif de prévention et aide à distance en santé (PADS), ce projet collaboratif intègre également la mise en place d'une formation commune des bénévoles et d'un accès plus large aux lignes d'écoute. Le rôle des bénévoles est majeur et la plupart des associations procèdent à un recrutement rigoureux des écoutants avec une formation par les professionnels de l'association. La mise en place de méthodes d'évaluation communes des écoutants permettra de renforcer la garantie de qualité du service. Quant à l'accessibilité des lignes d'écoute, elle est primordiale surtout vis-à-vis des suicidants, c'est-à-dire des individus dont le passage à l'acte suicidaire est imminent. Certaines associations ont

3. Les données post-réorganisation recueillies par l'association PHARE Enfants-Parents doivent être analysées avec beaucoup de prudence compte tenu de la sous-estimation par rapport aux années antérieures.

déjà pris en compte ces difficultés d'accès en doublant leur ligne d'écoute nationale de postes d'écoute régionaux. La mise en œuvre d'une plateforme téléphonique mutualisée a également pour objectif d'étendre progressivement ce processus aux associations engagées dans la réforme de la PADS.

À l'issue de ce travail d'expertise des données, on mesure que les données recueillies sont encore trop hétérogènes pour qu'il soit possible d'en faire véritablement une synthèse, ce qui justifie le travail d'harmonisation qui se poursuit. Néanmoins, il convient de souligner ici le travail de l'INPES qui a d'ailleurs mis en œuvre un processus de labellisation permettant d'inscrire ces dispositifs d'aide à distance en santé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

Plus globalement, plusieurs recommandations émergent de la part des associations qui :

- insistent sur certains facteurs de risque récurrents évoqués par les appelants pour expliquer leur mal-être, comme les violences subies pendant l'enfance et dont l'effet à long terme sur le bien-être semble mésestimé ;
- appellent à développer un suivi épidémiologique des personnes qui font appel aux associations pour souffrance psychique (humeur dépressive, idées suicidaires...);
- rappellent aussi l'importance de communiquer davantage sur la problématique du suicide et notamment de mieux faire connaître l'ensemble du tissu associatif ;
- soutiennent l'idée de la mise en place d'une plateforme mutualisée pour faire face à un nombre croissant d'appels et de demandes.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de poursuivre le travail de recensement et de description des associations adhérentes à l'UNPS afin de mieux faire connaître auprès du plus grand nombre les types d'interventions proposées et de faciliter la coordination entre les différents acteurs nationaux. Les résultats de ce travail seront disponibles en 2016.

3. Les conduites suicidaires sous l'angle de la recherche : la nécessité d'étudier les interactions entre facteurs de risque

Mieux connaître les déterminants des conduites suicidaires et mieux comprendre le processus suicidaire afin de mieux le prévenir, tels sont les autres enjeux de ce rapport, enjeux qui avaient déjà fait l'objet de premières réflexions dans le précédent rapport qui rappelait les différents types de facteurs de risque et leur classification établie par l'OMS [4]. Cette classification distingue les *facteurs liés aux individus* (antécédents de tentatives de suicide, troubles mentaux, consommation intensive d'alcool, perte d'emploi, douleurs chroniques...), les *facteurs liés aux relations*

(isolement, absence de soutien, relations conflictuelles...), *les facteurs liés aux communautés* (catastrophes naturelles, guerres, conflits, discrimination...), *les facteurs liés aux sociétés* (accès aux moyens létaux, tabou du suicide, absence de communication...) et *les facteurs liés aux systèmes de santé* (obstacle aux soins, désorganisation des soins...). Si ces facteurs ne font pas tous l'objet de la même attention dans les recherches récentes et passées, leurs effets sur les conduites suicidaires sont relativement bien connus et documentés dans la littérature.

La réflexion qui s'est prolongée depuis le premier rapport a essentiellement porté sur les interactions entre ces différents facteurs, reprenant un constat posé dans le rapport de l'OMS selon lequel « souvent, un cumul des facteurs de risque venait accentuer une vulnérabilité individuelle face au suicide ». Elle s'est traduite par l'élaboration d'une revue de littérature portant sur la période 2003-2013, qui a exploré des travaux sur données individuelles et, dans une moindre mesure, car encore peu nombreux, des travaux écologiques alliant données individuelles et agrégées. Les travaux sélectionnés, et *a fortiori* ceux présentés, devaient combiner variables psychiatriques et variables socio-économiques ou sociodémographiques pour expliquer les idées suicidaires, les tentatives de suicide ou les suicides. « Combiner ces variables » ne signifie pas pour autant que l'effet des interactions sur les suicides ou tentatives de suicide ait été systématiquement pris en compte et mesuré dans ces études. Cela est même apparu assez peu fréquent. En revanche, la prise en compte des différents types de facteurs de risque permet au moins d'essayer de hiérarchiser leur importance.

3.1. Le poids des facteurs psychiatriques

De la revue de la littérature émerge un consensus autour du constat suivant : les facteurs psychiatriques apparaissent comme les premiers facteurs de risque pour les décès par suicide et les tentatives de suicide. Ces facteurs regroupent à la fois les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires), les troubles schizophréniques, les troubles anxieux et les troubles liés à l'abus de substances. Les recherches montrent que la hiérarchie de ces différents troubles, quant à leur impact sur les comportements suicidaires, varie selon le sexe, l'âge, le statut marital, le niveau d'éducation, les revenus, l'emploi ou la catégorie socioprofessionnelle mais aussi et surtout selon le risque observé : décès par suicide, tentatives de suicide ou idées suicidaires.

Concernant les liens entre facteurs psychiatriques et suicide, les troubles de l'humeur apparaissent comme un facteur de risque majeur pour les hommes comme

pour les femmes, tandis que les troubles de la personnalité⁴ sont un facteur de risque accru chez les hommes et les troubles anxieux chez les femmes. L'hospitalisation constitue un autre facteur de risque, non pas en elle-même mais parce qu'elle marque la sévérité des pathologies. Ainsi, pour les personnes hospitalisées pour tentative de suicide, les troubles de l'humeur entraînent effectivement un risque accru de suicide, quelle que soit la durée de cette hospitalisation, mais cet effet est maximal la première semaine après la sortie d'hôpital et diminue par la suite. Pour les personnes ayant des troubles schizophréniques, on observe également un risque accru juste après la sortie de l'hôpital, puis qui diminue au cours du temps. Au contraire, ce risque accru se prolonge dans le temps pour les personnes atteintes de troubles liés à l'abus de substances.

À propos du lien entre facteurs psychiatriques et tentatives de suicide, les résultats semblent converger autour d'un risque plus important en cas de troubles de l'humeur, suivis des troubles anxieux, de ceux liés à l'abus de substances et des troubles de la personnalité. Toutefois, il est important de signaler que les résultats dépendent en partie de la méthodologie, notamment de la façon dont sont estimées les tentatives de suicide, soit à partir d'un recueil lors d'une hospitalisation, soit déclarées lors d'une enquête en population générale.

Cette revue de littérature fait ressortir d'autres constats notables : le risque relatif de décès par suicide diminue le long de l'échelle sociale, de niveaux de revenu et d'éducation ; il est aussi plus élevé pour les chômeurs. On observe là encore des différences hommes-femmes : pour les hommes, c'est la catégorie socioprofessionnelle peu élevée qui est la plus discriminante tandis que pour les femmes, c'est le fait d'être au chômage. Pour les tentatives de suicide, les facteurs les plus déterminants sont le fait d'être une femme, d'avoir un faible revenu, d'être au chômage ou inactif et d'être jeune. Pour mieux interpréter ces résultats, il faut rappeler ici que les tentatives de suicide n'incluent pas les suicides aboutis, d'où cette sous-représentation des catégories pour lesquelles la part des suicides est la plus élevée, comme par exemple les personnes âgées. En outre, les études montrent que les facteurs de précarité économique constituent des risques moins immédiats que les facteurs psychiatriques mais que leurs effets sont importants à long terme.

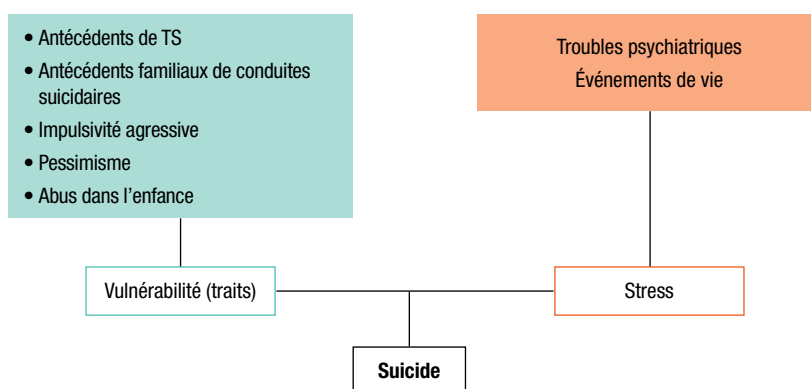
Cette revue de littérature souligne globalement une convergence des résultats mais elle fait aussi et surtout ressortir des limites liées à la méthodologie déployée dans les recherches, aux facteurs de risque pris en compte et aux modes de recueil des données. Ce constat pointe vers une insuffisance des sources pertinentes pour analyser de façon concomitante l'ensemble des facteurs de risque, leur hiérarchisation

4. Les troubles de la personnalité regroupent une catégorie de traits de personnalité mal adaptés, qui entraînent des souffrances ou des dysfonctionnements. Les troubles de la personnalité sont souvent associés à d'autres affections psychiatriques, dont ils aggravent le pronostic.

et leurs interactions. Elle souligne aussi le manque de transdisciplinarité dans les études menées qui, en adoptant des démarches méthodologiques distinctes, empêchent de mener de véritables analyses comparatives. Cette revue de littérature a pris le parti de se centrer sur les données d'enquêtes mais d'autres approches sont possibles pour analyser les mécanismes suicidaires. Les autopsies psychologiques permettent, sur de petits échantillons, de mieux appréhender le cumul des facteurs de risque et leur enchaînement, souvent dans un laps de temps assez court avant le passage à l'acte. Des données de cohorte pourraient aussi venir en complément avec l'avantage de disposer de données rétrospectives et longitudinales sur les événements de vie. Elles ne sont cependant pas toujours adaptées au repérage d'un événement aussi rare que le suicide.

3.2. Mécanismes neurobiologiques et vulnérabilité spécifique

L'étude du lien entre mécanismes neurobiologiques et conduites suicidaires est relativement récente. Ces travaux de recherche en plein développement sont pluridisciplinaires (psychiatrie, neurobiologie, génétique, épigénétique) et s'appuient sur différentes approches (analyses biologiques, imagerie médicale, *in vivo* ou *post mortem*). Ils tendent à montrer, dans un modèle « stress - vulnérabilité » (cf. schéma ci-dessous), qu'à situation de stress égale (troubles psychiatriques ou événements de vie graves vécus récemment ou pendant l'enfance), le risque de conduite suicidaire est très variable d'un individu à l'autre. Ce risque de conduites suicidaires dépend, dans ce modèle, d'antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide, des traits de personnalité comme l'impulsivité et le pessimisme, et des abus subis dans l'enfance. Seules les personnes porteuses de cette vulnérabilité



Source • Mann *et al.*, *Am J Psychiatry*, 1999; Oquendo *et al.*, *Am J Psychiatry*, 2004.

spécifique réaliseront un geste suicidaire. Autrement dit, tous les individus ayant vécu un événement grave ne vont pas commettre un geste suicidaire, mais la combinaison de certains facteurs de risque a une plus grande probabilité d'entraîner un geste suicidaire chez les individus particulièrement vulnérables.

Ces travaux sont complétés par des études sur les mécanismes neurobiologiques qui cherchent à identifier les biomarqueurs du risque suicidaire. Deux grands systèmes biologiques seraient impliqués dans la vulnérabilité suicidaire : l'hyperactivité de l'axe du stress et le déficit en sérotonine. Ces anomalies du système inflammatoire pourraient agir comme des biomarqueurs de risque suicidaire. Ainsi, dans le cas d'un stress précoce relevant des facteurs de vulnérabilité décrits précédemment (violences, abus sexuels, séparation parentale...) une activité sérotoninergique abaissée serait observée en comparaison avec des individus n'ayant pas vécu ce type de traumatismes. De même, ce stress précoce pourrait conduire à des altérations du système neurobiologique qui se traduiraient par la survenue de troubles anxieux voire de dépression. Pour l'heure, ces travaux récents soulèvent un certain nombre d'hypothèses qui nécessitent d'être confirmées. Ils impliquent à terme une réflexion sur l'accompagnement des personnes chez lesquelles des biomarqueurs du suicide auront été identifiés. Ils impliquent aussi le développement de nouvelles techniques et l'exploration de nouveaux gènes. L'objectif étant d'affiner les cibles moléculaires et inflammatoires qui pourraient conduire à favoriser la recherche sur les traitements médicamenteux antisuicidaires.

4. Du national au local : la nécessité de mieux rendre compte des spécificités infranationales des données sur le suicide et les tentatives de suicide

Si le suicide a plutôt fait l'objet d'une déclinaison sociodémographique dans le premier rapport avec une approche par âge, sexe et selon l'emploi, le deuxième rapport ajoute une dimension territoriale en présentant, dans une partie « Données locales », un panorama des taux de suicide, des modes opératoires et des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide pour chacune des régions métropolitaines et chacun des départements d'outre-mer. L'objectif est de fournir à chaque région et département des données sur le suicide et les hospitalisations pour tentative de suicide, et de contribuer à une meilleure articulation entre le niveau national et le niveau infranational. Cette synthèse en reprend les principaux résultats, qui révèlent d'importants contrastes géographiques. Toutefois, avant de les commenter il convient de rappeler qu'une partie des écarts observés entre les taux régionaux de suicide sont liés à la sous-estimation considérable du nombre de suicides dans certaines régions comme l'Île-de-France ou encore Rhône-Alpes, comme le montre



TABEAU 4 • Pourcentage de sous-déclaration estimée du taux de suicide par ordre d'importance dans les régions métropolitaines, en 2006

Régions	Sous-déclaration estimée en 2006	Régions	Sous-déclaration estimée en 2006
Île-de-France	46,0	Haute-Normandie	4,0
Rhône-Alpes	21,8	Franche-Comté	3,9
Midi-Pyrénées	14,7	Languedoc-Roussillon	3,6
Corse	13,5	Basse-Normandie	3,4
Alsace	13,0	Pays de la Loire	2,6
Champagne-Ardenne	6,5	Nord - Pas-de-Calais	2,5
Aquitaine	6,0	Auvergne	2,4
Bourgogne	5,9	Poitou-Charentes	2,2
Picardie	5,8	Centre-Val de Loire	2,0
Lorraine	5,0	Limousin	1,2
Provence - Alpes - Côte d'Azur	4,3	Bretagne	0,3

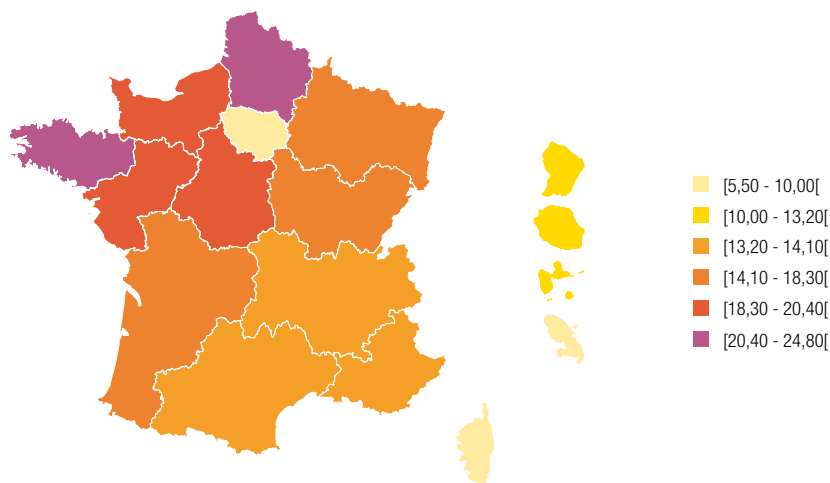
Source • CépiDc-InVS, 2006.

le **tableau** ci-dessus qui classe par ordre d'importance les régions métropolitaines selon le pourcentage de sous-déclaration estimée. Avec près de 50 % de sous-déclaration en région parisienne, il n'apparaît pas pertinent de prendre en compte les taux relevés en Île-de-France dans les comparaisons régionales ni de mener des comparaisons infrarégionales au sein de celle-ci.

Les taux de suicide, standardisés sur la structure par âge de la population française, sont présentés dans un premier temps pour les grandes régions telles qu'elles ont été définies au 1^{er} janvier 2016, complétés des données pour les départements d'outre-mer hors Mayotte (**carte 1**). Le taux de suicide en France métropolitaine pour l'année 2012 atteint 15,3 pour 100 000 mais ce taux varie de 5,5 pour 100 000 en Martinique à 24,8 pour 100 000 en Bretagne. C'est dans les régions de l'Ouest et du Nord que l'on observe traditionnellement les taux de suicide les plus élevés, proches ou dépassant 18 pour 100 000 habitants dans cinq régions : la Bretagne précédemment citée mais aussi la région Nord - Pas-de-Calais - Picardie (20,4), la Normandie (19,3), les Pays de la Loire (18,9) et la région Centre-Val de Loire (18,3). Un gradient intermédiaire de mortalité par suicide est observé pour les régions allant de l'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes jusqu'en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine avec des taux proches de ceux de la moyenne nationale. À l'opposé, le Sud et l'Est de la France présentent les taux les plus faibles, inférieurs à 14 pour 100 000 habitants.

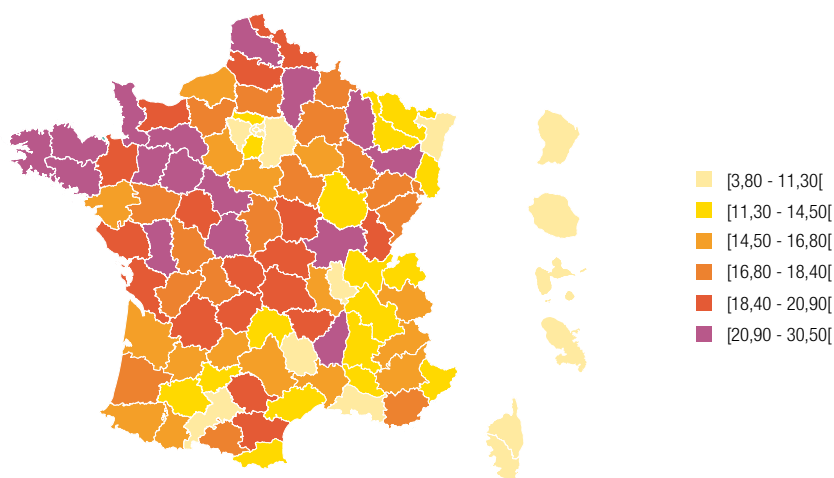
Si l'on affine ce panorama à l'échelle des départements, on mesure l'importance des disparités infrarégionales, avec des spécificités départementales qui ressortent

CARTE 1 • Taux de suicide standardisés dans les grandes régions françaises pour 100 000 habitants, en 2012



Source • CépiDc, réalisation DREES et InVS, standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

CARTE 2 • Taux de suicide standardisés dans les départements métropolitains et d'outre-mer pour 100 000 habitants, en 2012



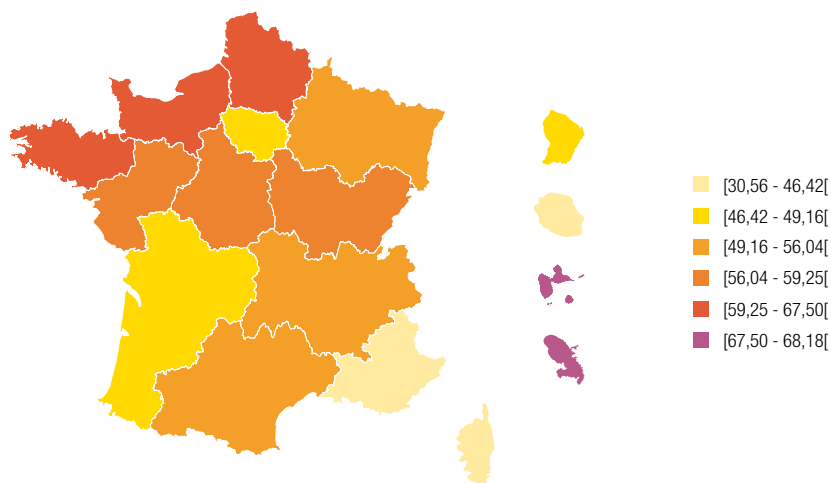
Source • CépiDc, réalisation DREES et InVS, standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

au sein des grandes régions, à l'exception de la Bretagne où l'ensemble des départements dépassent nettement la moyenne nationale (**carte 2**). C'est dans cette région que figure le département le plus touché : les Côtes-d'Armor où le taux s'élève à 30,5 pour 100 000 habitants en 2012. Derrière les Côtes-d'Armor, six départements se démarquent des autres avec des taux compris entre 25 et 28 pour 100 000 habitants. Il s'agit de la Manche (27,7), du Morbihan (26,4), de l'Orne (26,4), de la Sarthe (25,8), du Finistère (25,1) et de l'Indre (25,0). Parmi les départements qui contrastent au sein de leur région figure l'Ardèche, avec un taux supérieur à 21,5 pour 100 000 habitants, dans une région Auvergne-Rhône-Alpes où les taux standardisés n'excèdent pas 13,2 pour 100 000. De même, les départements de la Meuse et des Vosges affichent des taux élevés, respectivement 23,7 et 21,2, comparés aux autres départements de la région que sont la Moselle, la Meurthe-et-Moselle, les Vosges, le Haut-Rhin et plus encore le Bas-Rhin, où le taux de suicide est inférieur à 10 pour 100 000 habitants.

Dans la perspective de développer la dimension territoriale dans ce rapport, une attention particulière a été donnée à la situation en matière de suicide, de tentatives de suicide et de pensées suicidaires dans les départements d'outre-mer, avec des données présentées dans la partie sur les données locales, complétées par une fiche issue du Baromètre santé DOM 2014. Il en ressort globalement que les décès par suicide et les tentatives de suicide sont moins fréquents qu'en France métropolitaine (**carte 1**) : les taux standardisés de suicide sont inférieurs à 11 pour 100 000 habitants dans les quatre départements pour lesquels des données sont disponibles. Cependant, aucune information concernant le niveau de la sous-estimation n'est disponible pour ces départements. Le panorama produit à partir des données de l'enquête Baromètre DOM est plus nuancé. En effet, les habitants de Martinique, Guadeloupe et Guyane sont moins nombreux qu'en métropole à déclarer une tentative de suicide au cours de la vie. Ce n'est pas le cas de La Réunion qui présente une prévalence déclarée équivalente à celle de la métropole. Pour ce qui est des pensées suicidaires déclarées portant sur la période des douze derniers mois, les femmes des départements d'outre-mer ont tendance à en déclarer davantage que les femmes de métropole (à l'exception de la Martinique). En revanche, c'est l'inverse qui est observé pour les hommes, particulièrement en Guadeloupe où seuls 2,2 % des hommes âgés de 15 à 75 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires dans l'année qui précède, contre 4,3 % des hommes de métropole.

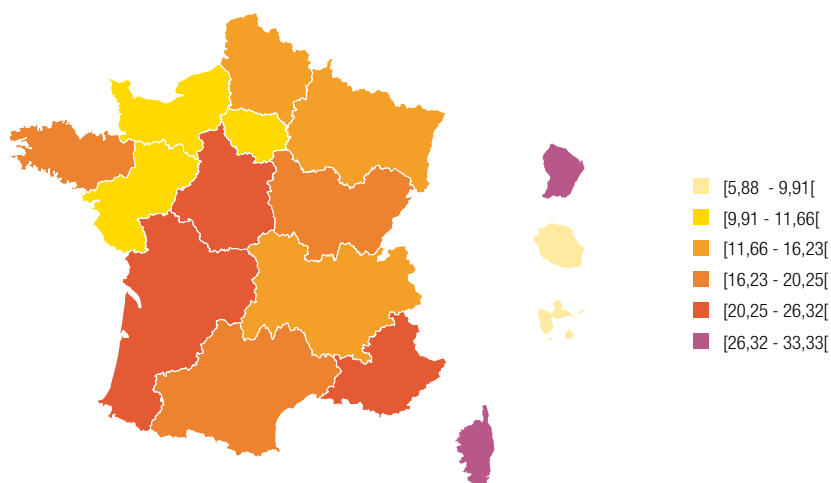
Si la cartographie régionale des taux de suicide masculins et féminins tend à se superposer, d'importantes disparités régionales apparaissent également quant aux deux principaux modes opératoires de suicide en France que sont la pendaison et les armes à feu (**cartes 3 et 4**). La part des suicides par pendaison parmi les décès par suicide en 2012 varie en France métropolitaine de 30,6 % en Corse à 63,9 % en Normandie et de

CARTE 3 • Part des suicides par pendaison dans les grandes régions métropolitaines et d'outre-mer, en 2012 (%)



Source • CépiDc, réalisation DREES.

CARTE 4 • Part des suicides par arme à feu dans les grandes régions métropolitaines et d'outre-mer, en 2012 (%)



Source • CépiDc, réalisation DREES.

43,5 % à La Réunion jusqu'à 68,2 % en Martinique pour ce qui est des départements d'outre-mer. Les suicides par pendaison touchent principalement les régions du nord-ouest de la France pour lesquelles les pourcentages avoisinent, voire dépassent, 60 %.

La part des décès par arme à feu varie de 9,1 % en Bretagne jusqu'à 33,3 % en Corse. Assez logiquement, s'agissant des deux principaux modes de suicide, la **carte** des suicides par arme à feu apparaît comme le complémentaire de la première avec une part plus élevée dans tout le Sud de la France, y compris la Corse. À ces régions du Sud, il faut aussi ajouter la situation particulière de la région Centre-Val de Loire où la part des suicides par arme à feu dépasse 20 %. À noter certaines spécificités régionales comme la Bretagne, les Pays de la Loire, l'Île-de-France ou encore la Corse, où certains modes opératoires plus inhabituels présentent des pourcentages assez élevés. C'est le cas des suicides par noyade dans les Pays de la Loire (7,7 % contre moins de 3 % pour la moyenne nationale) ou en Bretagne (6,9 %) ou encore des décès par saut dans le vide en Île-de-France et en Corse (14,7 % dans les deux régions contre environ 7 % pour la moyenne nationale).

5. Recommandations

Les recommandations émises lors des assemblées plénières et des réunions des groupes de travail et validées par l'ensemble des membres de l'Observatoire sont présentées au fil du rapport et synthétisées dans cette section. L'ordre dans lequel elles sont présentées ne présage pas de leur importance. Ces recommandations feront l'objet d'un suivi dans les prochains rapports.

5.1. Participer à la mise en place d'une nomenclature internationale sur le suicide

« Suicides », « comportements suicidaires », « conduites suicidaires », « risque suicidaire », « troubles suicidaires », « vulnérabilité suicidaire », « tentatives de suicide », « idées suicidaires », « pensées suicidaires », le champ lexical qui sert de support aux travaux et recherches sur la thématique du suicide est varié mais en l'absence de consensus sur les définitions de ces différents termes, leur utilisation peut différer d'un auteur à l'autre.

Au cours du printemps 2015, l'Observatoire national du suicide a été sollicité par M. Goodfellow, psychiatre au centre hospitalier spécialisé de Nouméa dans le cadre de la mise en place d'une nomenclature internationale sur le suicide. Son projet est d'élaborer un glossaire international et interculturel des comportements suicidaires,

à partir d'un questionnaire auprès des professionnels de terrain de différents pays sur le vocabulaire utilisé pour désigner ces comportements. Dans ce contexte, M. Goodfellow est ainsi à la recherche d'un « référent nomenclature suicide » dans chaque pays. Il est proposé que l'ONS soit le référent pour la France. L'ONS serait ainsi la porte d'entrée pour le questionnaire, le relais vers les spécialistes et le lieu d'examen et de discussion de la réponse française. Jean-Pierre Soubrier et Jean-Luc Roelandt se sont portés volontaires pour participer à un groupe de travail, piloté par l'Institut de veille sanitaire, qui sera en charge de la réponse française. Il est souligné que, s'agissant d'une enquête sur le sens des mots à l'échelle mondiale, des difficultés liées à la variabilité des représentations du suicide selon les cultures et des problèmes de traduction émergeront nécessairement.

5.2. Poursuivre l'amélioration du système de surveillance des suicides et tentatives de suicide

Bien qu'il s'agisse là d'une recommandation déjà présente dans le premier rapport et pour laquelle des efforts considérables ont déjà été fournis, le chantier reste encore vaste pour tendre vers une exhaustivité du recensement des suicides et des tentatives de suicide. La refonte en cours du certificat de décès va permettre d'améliorer le repérage des décès par suicide avec l'ajout d'un volet où figureront les circonstances apparentes du suicide. Cet encart, en plus du volet médical habituel, sera inscrit dans le décret sur le certificat de décès prévu à l'été 2016. Par ailleurs, l'amélioration du système de surveillance des suicides passe par la poursuite du déploiement du certificat électronique qui semble désormais bien engagé, même s'il est en deçà des objectifs fixés. Des actions de promotion ont été réalisées auprès des conférences nationales des présidents de commissions médicales d'établissements, dans les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires. Des bilans ont été présentés auprès des chargés de mission des systèmes d'information des agences régionales de santé. Le service de santé des armées a lui aussi été impliqué. Les principales difficultés résidaient jusqu'alors dans l'implication moindre de certaines agences régionales de santé et de certains établissements de santé, liée à la multiplicité des projets d'informatisation dans les établissements.

La mise en place du projet de collaboration avec les instituts de médecine légale, le CépiDc-Inserm et l'InVS permettra également d'améliorer la surveillance des suicides. Ce projet a pour objectif d'étudier la possibilité de développer un système de surveillance des suicides basé sur les données des instituts de médecine légale. Ce dispositif a pour vocation de définir les variables pertinentes à recueillir pour, à terme, enrichir le volet complémentaire. Ce système permettra de collecter des informations que l'on ne retrouve pas dans les autres sources de données, et ainsi d'enrichir les connaissances sur le suicide et d'orienter de manière efficace

les actions de prévention selon les régions et selon les professions ou secteurs d'activité. Les avancées de ce projet seront présentées dans les rapports ultérieurs.

Concernant l'amélioration du système de surveillance des tentatives de suicide, un sous-groupe de travail a été mis en place à l'InVS, réunissant les cellules inter-régionales d'épidémiologie (CIRE), dans l'objectif à la fois de définir une même méthodologie pour toutes les régions pour disposer de données comparables, et d'améliorer la qualité de codage des tentatives de suicide grâce à l'action auprès des producteurs locaux de données. Les avancées de ce sous-groupe seront présentées dans les rapports ultérieurs.

Le premier rapport de l'Observatoire recommandait également de permettre l'appariement de la base des causes médicales de décès avec d'autres bases de données. L'appariement avec les données de l'Assurance maladie (SNIIRAM) est prévu par l'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé, dans le cadre de la mise en place du Système national des données de santé (SNDS). Il permettra une description plus fine des liens entre tentative de suicide et suicide (notamment d'analyser finement la mortalité par suicide) et d'approfondir la question de facteurs de risques médicaux ou médicamenteux. Des travaux sont également en cours pour permettre l'appariement des causes médicales de décès et du SNIIRAM avec l'Échantillon démographique permanent (EDP) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). L'EDP constitue une vaste base de données longitudinales représentative des personnes vivant en France, couvrant 4 % de la population. Il comporte des informations, notamment sur le sexe, la date de naissance, la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité, et pour les salariés, sur le poste occupé et les caractéristiques de l'employeur. Son appariement avec les causes médicales de décès et le SNIIRAM permettra d'analyser les comportements suicidaires selon la catégorie sociale et les trajectoires professionnelles et familiales.

5.3. Favoriser les études sur le milieu carcéral

Comme évoqué dans la première partie de cette synthèse sur l'état de la recherche en matière de suicide et le bilan de l'appel à recherche, aucun projet déposé ne concernait la thématique du suicide en milieu carcéral. Or, et cela était souligné dans le premier rapport (fiche 8, p. 167), le niveau de suicide est plus élevé en prison que dans l'ensemble de la population. Selon les données du ministère de la Justice, le taux de suicide masculin en prison est sept fois plus élevé que celui des hommes en population générale pour la période 2005-2010. Par ailleurs, selon une étude récente publiée par l'Institut national d'études démographiques à partir des données de l'administration pénitentiaire pour la période 2006-2009, près d'un décès

sur deux dans les prisons françaises est un suicide. Ce constat posé, il convient d'apporter un éclairage à cet enjeu de santé publique dans les années à venir.

5.4. Développer une approche populationnelle du suicide

À l'instar du rapport remis par le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et handicapées en 2013, qui permet d'avoir une vue d'ensemble à la fois sur l'épidémiologie du suicide chez les personnes âgées et sur les actions de prévention envers cette population, d'autres groupes de population doivent pouvoir bénéficier du même éclairage dans les prochains mois. Bien que le nombre de décès par suicide chez les jeunes soit relativement faible comparé à d'autres classes d'âges, un zoom sur cette catégorie de population paraît pertinent. Cela permettrait de mettre en valeur l'estimation du coût de la santé mentale et des suicides des jeunes, de recenser l'existant en matière de postvention, notamment auprès de la fratrie et des pairs, d'évaluer le risque de contagion par le biais des nouvelles technologies, de prendre en compte l'hétérogénéité de la catégorie des jeunes qui nécessite la mise en place d'études spécifiques (suicide chez les très jeunes, suicide des étudiants, suicide des jeunes d'orientation sexuelle minoritaire), de mesurer les consommations à risque qui placent les jeunes dans des conditions de forte vulnérabilité. Ce serait également l'occasion d'étudier plus particulièrement la situation des jeunes en prison et centres fermés ou encore d'essayer de comprendre les écarts entre la fréquence des tentatives de suicide déclarées dans les grandes enquêtes en population générale et celles ayant donné lieu à une hospitalisation, notamment chez les jeunes filles.

5.5. Développer des recherches combinant facteurs de risque (psychiatriques, socio-économiques, environnementaux et biologiques) et facteurs de protection du suicide

Comme l'a montré la revue de littérature sur l'étude des facteurs de risque, nombreux sont les travaux qui étudient les différents facteurs de risque sur les conduites suicidaires. Toutefois, peu d'entre eux sont réalisés à partir d'échantillons de taille suffisante et à partir de données combinant des variables de santé et conditions de vie, pour observer d'un point de vue transversal comment interagissent ces différents facteurs sur le risque de suicide et de tentatives de suicide. Il convient également de pouvoir contrebalancer les différents facteurs de risque avec les facteurs protecteurs existants, qui peuvent nuancer certains résultats. Cette première approche à partir de grandes bases de données en coupe transversale, loin d'être suffisante, doit être complétée par des données longitudinales, par exemple de suivi de cohorte, qui permettront de mieux comprendre les liens de causalité entre les différents facteurs de risque, ce que ne permet pas l'approche transversale.

Enfin, à une échelle plus fine, il serait intéressant de développer l'approche par autopsie psychologique, la seule qui puisse décrire le cumul des facteurs de risque et leur enchaînement, notamment à l'approche du passage à l'acte, même si les données qui seront observées ne pourront être généralisées à l'ensemble de la population. Développer à la fois l'analyse quantitative et qualitative de la mesure des facteurs de risque, dans une approche pluridisciplinaire décloisonnée, peut véritablement conduire à éclairer les mécanismes complexes du suicide.

5.6. Quid de la postvention ?

Comme l'avait déjà souligné le premier rapport, nombreuses sont les actions en matière de postvention, dont certaines sont reprises dans cette synthèse, notamment le contact auprès des personnes à risque de récurrence suicidaire. Toutefois, au sein du tissu associatif français apparaît comme un manque en matière de groupes de parole. Des groupes de soutien aux personnes endeuillées par le suicide existent mais sont relativement peu nombreux. Les démarches d'associations comme celle suivie par l'Institut régional Jean Bergeret apparaissent assez isolées en France, notamment en comparaison avec ce qui existe à l'étranger et plus précisément en Amérique du Nord. Dans le cadre d'un groupe de parole composé d'endeuillés qui ne se connaissent pas et se retrouvent régulièrement, entourés par un(e) psychiatre ou psychologue, il s'agit à la fois de soulager la souffrance psychique des personnes et de prévenir le suicide dans leur entourage. Cette initiative gagnerait à être développée auprès d'autres populations d'endeuillés, notamment les enfants et les adolescents touchés par le suicide d'un frère ou d'un pair.

Références bibliographiques

- [1] Vaiva G., Genest P., Chastang F., Brousse G., Jardon V., Garré J. et al., 2010, *Impact de la tentative de suicide sur les proches du suicidant : premiers résultats de l'étude Imtap*, 42^e journée du Groupement d'étude et de prévention du suicide, Versailles.
- [2] Plancke L., Amariei A., Clément G., 2014, *Les conduites suicidaires dans le Nord – Pas-de-Calais. Une synthèse des données disponibles*, Lille, Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais, 40 p.
- [3] Dagenais D., 2000, *La fin de la famille moderne*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », novembre, 249 p.
- [4] OMS, 2014, *Prévention du suicide. L'État d'urgence mondiale*, rapport de l'Organisation mondiale de la santé, 89 p.

Annexe I - Résumés des 5 projets financés

Projet n° 1 - Sensibilité à l'adversité sociale dans les conduites suicidaires, Philippe Courtet

Contexte

Le suicide représente un problème majeur de santé publique. Il est donc fondamental d'améliorer la recherche afin de mieux appréhender la physiopathologie suicidaire pour développer des biomarqueurs à visée diagnostique ou indiquant de nouvelles cibles thérapeutiques. Dans un modèle stress-vulnérabilité communément admis, les conduites suicidaires (CS) résultent de l'interaction entre l'adversité psychosociale, les troubles psychiatriques et une prédisposition individuelle. La vulnérabilité est liée à des traits stables durant la vie comme l'histoire personnelle ou familiale de CS, l'impulsivité, la dysfonction du système sérotoninergique ou de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénergique (HPA), et certains déficits dans les processus émotionnels et cognitifs. Des travaux récents sont venus renforcer la conception initiale de Schneidman, en montrant que la perception de la douleur psychologique est plus marquée chez les sujets déprimés avec CS. Enfin, nombre d'arguments récents suggèrent un rôle majeur des médiateurs inflammatoires dans les CS, tant *in vivo* qu'en *post mortem*.

Des événements de vie négatifs récents sont très fréquemment retrouvés dans l'année qui précède les CS. Ces événements conduisent à un sentiment de dévaluation ou d'exclusion sociale, générateur de douleur psychologique et d'idées suicidaires. À l'inverse, la restauration d'une connexion sociale est un facteur majeur dans le succès des programmes de prévention du suicide par recontact. Notre hypothèse est que la sensibilité à l'exclusion sociale représente un élément central de la vulnérabilité suicidaire. Les études de neurosciences sociales montrent que le sentiment de rejet social active des régions cérébrales qui sont altérées dans les processus d'affects négatifs et détresse (insula antérieure, cortex cingulaire dorsal antérieur – CCDA). Cette activation a pour conséquence une dysrégulation de l'axe HPA, de la réponse sympathique adrénergique ainsi que de la réponse inflammatoire. Les stressors sociaux sont ainsi des déclencheurs spécifiques d'une réponse inflammatoire, comme retrouvé dans les études animales et humaines. D'autres études ont ainsi pu mettre en évidence que le fait de présenter un exposé devant un panel d'évaluateurs non répondeurs, socialement rejetant, augmente l'activité des cytokines pro-inflammatoires, ce qui est associé à une augmentation de l'activité du CCDA et de l'insula antérieure durant une tâche de rejet. Au final, la solitude et l'exclusion sociale sont associées à l'activation de voies de l'inflammation.

Il est ainsi intrigant d'observer à la fois dans le rejet social et dans les CS : l'augmentation de l'activité du cingulaire dorsal antérieur, l'hyperactivité de l'axe HPA, l'augmentation des cytokines pro-inflammatoires. L'hypothèse serait que les sujets ayant une sensibilité accrue aux expériences d'adversité sociale présentent une augmentation de l'activation du CCDA – ce dernier pouvant être associé avec une activité inflammatoire – ainsi qu'un plus grand risque de développer des comportements suicidaires.

Objectifs

Objectif principal : étudier la réponse psychologique (douleur psychologique) à un test de stress social en fonction de l'antécédent de CS chez des patientes déprimées.

Objectifs secondaires :

- étudier les variations des marqueurs biologiques inflammatoires lors du test de stress social chez les patientes avec et sans antécédent suicidaire ;
- étudier l'influence de l'impulsivité, des antécédents d'abus et maltraitance dans l'enfance, du niveau de dépression, ainsi que de l'isolement social et de la solitude sur les différentes variables cliniques et biologiques étudiées lors du test de stress social.

Méthodes

Il s'agit de recruter 140 patientes déprimées, avec et sans histoires de tentative de suicide (70 dans chaque groupe). Nous étudierons la réponse inflammatoire et la réponse douloureuse à un test d'adversité sociale, le Trier Social Stress Test (TSST), une tâche expérimentale de quelques minutes dans laquelle le sujet sera soumis à la possibilité d'être socialement rejeté ou dévalué. L'évaluation de la réponse douloureuse sera mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique et la réponse inflammatoire par les taux de cytokines plasmatiques (focus sur l'IL2 associé aux CS dans une méta-analyse de notre équipe) et de marqueurs plaquettaires d'inflammation. Nous analyserons le rôle médiateur possible de la maltraitance précoce qui, associée avec les CS, prédit une augmentation de l'inflammation à l'âge adulte et sensibilise les personnes à des situations de rejet social. Par ailleurs, à l'aide d'une application sur smartphone, les patientes devront auto-évaluer durant 1 semaine et à raison de 5 fois par jour, leur réponse psychologique aux événements sociaux qu'elles rencontreront dans leur vie quotidienne. Ce projet met l'accent sur la sensibilité aux stress sociaux des sujets victimes de CS et propose d'identifier des biomarqueurs clinico-biologiques témoins de cette vulnérabilité.

Perspectives

Cette étude devrait contribuer à la compréhension de la physiopathologie des CS, au développement de nouvelles approches diagnostiques et à une prise en charge plus précoce des CS dans le cadre des troubles de l'humeur, et potentiellement à des approches préventives et thérapeutiques.

Projet n° 2 - Étude de validation de la version française du questionnaire « Ask Suicide-Screening Questions » (ASQ) dans une population de patients adolescents pris en charge en unité d'urgences pédiatriques, Erick Gokalsing

Contexte

Le suicide est un problème de santé publique international. Il touche toutes les tranches d'âges mais représenterait la deuxième cause de décès dans les pays occidentaux chez les jeunes de 10 à 24 ans. L'île de La Réunion n'est pas épargnée par ce phénomène puisque ce département français d'outre-mer est confronté à une surmortalité par suicide chez les jeunes par rapport à la métropole. Le suicide est quasiment à égalité avec les accidents de la voie publique, première cause de mortalité chez les Réunionnais de moins de 25 ans.

Devant ce constat alarmant il paraît judicieux de pouvoir dépister au plus tôt les adolescents présentant un risque de suicide et un des lieux de choix pour le faire pourrait être les services de soins de premier recours comme les urgences pédiatriques, et ce d'autant plus qu'il a été montré que près de 50 % des adolescents décédés par suicide ont été vus aux urgences pédiatriques dans les mois précédant leur geste fatal. Or, ces services ne disposent pas tous d'un (pédo)psychiatre pour identifier les patients suicidaires parmi des patients consultant pour des motifs somatiques. Mettre à disposition du personnel des urgences pédiatriques un outil de dépistage des idées suicidaires pourrait ainsi s'avérer intéressant pour repérer les adolescents les plus susceptibles d'un passage à l'acte suicidaire.

Récemment a été validé en français un outil de dépistage des idées suicidaires chez les adolescents, le SIQ (Suicidal Ideation Questionnaire), qui comprend 30 questions pour les patients de 15 à 21 ans, avec une version courte de 15 questions s'adressant aux 10-14 ans (SIQ-Jr). Cependant, un outil de dépistage utilisable aux urgences implique qu'il puisse être administré en un temps minimal pour ne pas gêner la prise en charge du problème ayant occasionné le recours aux soins. C'est dans ce souci que L.M. Horowitz a développé l'« Ask Suicide-screening Questions » (ASQ) un

hétéro-questionnaire de 4 questions s'adressant à tout patient de 10 à 21 ans pris en charge au service des urgences pédiatriques. Cet outil a été comparé à l'outil de référence, le SIQ. Sa sensibilité est de 96,9 % et sa spécificité de 87,6 %. Une version à 5 questions est actuellement développée par l'auteur.

Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de valider la version française à 5 questions de l'outil ASQ pour le dépistage des sujets à risque suicidaire dans une population d'adolescents de langue française consultant dans des services d'urgences pédiatriques.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité par les parents d'un questionnement de leur enfant sur le suicide ; d'estimer dans un petit échantillon d'adolescents consultant aux urgences pédiatriques le pourcentage de ceux qui présentent un risque de suicide ; d'analyser cet échantillon sur le plan sociodémographique ; de décrire le vécu subjectif des adolescents concernant la passation de questionnaires sur le suicide.

Méthodes

Après obtention du consentement du patient ou de son représentant légal s'il est mineur, nous envisageons d'inclure des garçons et des filles de 10 à 21 ans, parlant couramment le français, consultant en unité d'urgences pédiatriques de deux hôpitaux de l'île de La Réunion, quel que soit le motif de recours, et de leur faire passer les versions françaises de l'ASQ et du SIQ, puis de comparer les résultats obtenus concernant le repérage de sujets à risque suicidaire. Par ailleurs, il leur sera proposé un questionnaire explorant les variables sociodémographiques et leur vécu subjectif concernant le fait d'avoir à répondre à des questions sur le suicide.

Perspectives

Cette étude permettrait la validation en français d'un outil rapide de dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent utilisable par des cliniciens non professionnels de santé mentale (urgentistes, pédiatres, généralistes...) dans le but d'améliorer la pertinence du recours à la consultation spécialisée en pédopsychiatrie.

La disponibilité d'un tel outil en français permettrait d'améliorer la prévention des conduites suicidaires chez l'adolescent en France et dans les pays francophones. Les résultats secondaires attendus sont une meilleure description de la population des adolescents à risque suicidaire de La Réunion sur le plan sociodémographique.

Projet n° 3 - Médiation des technologies de l'information et de la communication dans l'expression du suicide : le cas des associations d'écoute de prévention contre le suicide, Romain Huët

Ce présent projet de recherche est le résultat d'un partenariat entre :

- une équipe interdisciplinaire en sciences humaines et sociales basée en France et au Canada : cette équipe est labélisée par la Maison des sciences humaines et de l'homme de Bretagne (2015-2017) pour ses travaux sur l'écoute et la souffrance sociale ;
- l'association de prévention contre le suicide SOS Amitié. Depuis 2005, l'association SOS Amitié a mis en place un webtchat destiné à accueillir les individus en situation de détresse. Après une première recherche effectuée entre 2011 et 2013 sur la messagerie électronique (contrat INPES), l'association a cédé à l'équipe de recherche l'ensemble de ses correspondances avec les utilisateurs de leur webtchat entre 2005 et 2015 afin de permettre une analyse fine tant des maux énoncés par les « malheureux » que des problèmes et des opportunités posés par l'écoute à distance, particulièrement l'écoute par webtchat.

Objectif

À partir de l'analyse quantitative et qualitative de ce corpus (80 000 pages word), la finalité de ce projet est de saisir la manière dont les pensées suicidaires sont mises en mots et de comprendre tant leurs modalités d'expression que leur prise en charge et leur prévention au moyen des technologies numériques. Cette recherche fait suite à un précédent travail de deux ans financé par l'INPES. Ce dernier portait sur les potentialités ouvertes par les messageries électroniques pour prévenir la détresse sociale et psychologique. Dorénavant, ce nouveau corpus sur le webtchat ouvre une possibilité inédite de définir le profil des « populations vulnérables » et possiblement sujettes au suicide, d'identifier les mots et les causes que ces personnes donnent à leur situation, et d'éclairer l'efficacité de l'écoute dans l'apaisement de la souffrance.

Il s'agit d'une enquête inédite au sens où :

- elle aborde le suicide de manière concrète à partir des correspondances entre les « suicidaires » d'un côté et les bénévoles de l'association SOS Amitié de l'autre ;
- ces correspondances proviennent de femmes et d'hommes ordinaires appartenant à toutes les couches sociales ;
- les matériaux empiriques sont massifs : plusieurs dizaines de milliers de témoignages ont été récoltés sur une période de 10 ans (2005-2015) ;
- surtout, ces matériaux nous permettent de saisir comment les individus pensent leur souffrance avec leurs propres mots et les causes de celles-ci telles qu'elles

apparaissent à leurs yeux. Repérer les mots ordinaires du suicide est une occasion évidente de saisir les façons si particulières de se dire et pourrait ainsi inspirer l'action publique et politique quant aux modes de prévention pertinents qui pourraient être mis en place pour toucher ces populations vulnérables.

En résumé, ce corpus d'échanges entre bénévoles et « suicidaires » comporte autant d'exemples précis sur la façon dont les individus se disent, se définissent et se redéfinissent en tant que sujet vulnérabilisé par toute une série de facteurs que la présente recherche se donnera pour tâche d'identifier et d'expliquer. Conformément aux règles éthiques que s'impose SOS Amitié, la confidentialité des échanges sera totalement respectée.

Contexte de pertinence de la recherche

Face à l'ensemble des suicides qui égrènent continuellement le deuil sur le territoire français, s'est développé un vaste ensemble de dispositifs ayant pour vocation de prévenir ces alarmantes disparitions. Parmi tous les outils de prévention du suicide, les « associations d'écoute » se sont développées massivement. Ces associations offrent un espace afin que les souffrances, généralement inaudibles, puissent enfin trouver un lieu d'expression. Ces lieux ont pour finalité une modération des diverses formes de souffrance par la libération de la parole dans un but thérapeutique. Cette forme spécifique de prise en charge des malaises du corps social est aujourd'hui très largement agencée par des organisations d'écoute (SOS Amitié, SOS Suicide, Fil Santé Jeunes, SOS Suicide Phénix, pour ne citer qu'elles). Elles proposent différents services d'aide : accueil physique, soutien psychologique, groupes de parole d'écoute, etc. À la ligne téléphonique et la messagerie électronique s'ajoute désormais le webtchat (messagerie instantanée accessible directement via un navigateur Internet). Cette technologie numérique de communication en temps réel permet de prendre en charge un nouveau type de public et d'entrer avec lui dans une forme spécifique d'interaction. Ces organisations associatives jouent un rôle décisif dans la prévention du suicide. Chaque année, plusieurs milliers de personnes ont recours à elles pour partager leurs maux et tenter de sortir de leur état de lassitude morale ou de dégoût existentiel. C'est donc dans la pénombre de la vie publique que, chaque année, des milliers de personnes ordinaires viennent faire part de leurs peurs, de leurs tourments, de l'extrême négativité de leurs vies, de leurs sentiments de mener une vie saturée d'humiliations quotidiennes et exposée à la perte et l'abandon.

Trois axes d'étude seront développés :

1. Le premier a pour but d'étudier le contenu même de ces récits pour y déceler les maux désignés par les individus et les explications ordinaires qui y sont apportées.

2. Le deuxième porte sur l'analyse de la relation d'aide à distance et les normes qu'elle mobilise implicitement ou explicitement pour appréhender la question du suicide et préparer les bénévoles à écouter « d'une certaine façon ».
3. La troisième s'attache à mettre en exergue les effets de la médiation technique sur la prévention du suicide.

Méthodes

Ce projet de recherche s'articulera autour de quatre axes méthodologiques :

- analyses statistiques des utilisateurs du dispositif au moyen de la base de données réalisée par SOS Amitié au cours des 10 années de la période 2005-2015 ;
- analyses lexicométriques (statistiques lexicales) du corpus sur la période 2005-2015 au moyen des logiciels *Lexico 3*, *Hyperbase* et *Cordial*. Le but est ici de repérer les régularités des mots utilisés et des structures linguistiques pour identifier le caractère typique de ces récits ;
- analyse de contenu des messages reçus par SOS Amitié entre 2005-2015 ;
- observation en situation et entretiens avec les protagonistes en charge de la gestion de l'organisation de l'association.

Perspectives

Les retombées scientifiques attendues sont les suivantes :

- constitution de la toute première étude de cette importance consacrée à la prévention numérique du suicide en temps réel ;
- partenariats inédits entre les milieux universitaires et associatifs autour de la prise en charge de la souffrance et de la prévention du suicide ;
- création d'une base de données destinée à devenir un outil essentiel pour la recherche et l'intervention sociale ;
- constitution d'un pôle de référence et de coordination de la recherche internationale sur le sujet ;
- création d'un partenariat scientifique international sur le sujet (échanges d'étudiants, séminaires communs, conférences, etc.) ;
- incitation à la recherche doctorale et post-doctorale sur un sujet impliquant de nombreux champs des sciences humaines et sociales ;
- création d'une dynamique générale de recherche collective appelée à prendre la forme d'un projet soumis à l'Agence nationale de recherche (ANR).

Projet n° 4 - Défaut d'inhibition cognitive et tentative de suicide chez le sujet âgé : caractérisation par *eye tracking* et impact des interactions psychosociales, Pierre Vandael

Contexte

En France, plus de 10 000 personnes décèdent chaque année par suicide. On estime à près de 200 000 le nombre de tentatives sur une année. Seules quelques études ont porté sur les personnes âgées, pourtant particulièrement touchées par le suicide (prévalence entre 30 et 120 pour 100 000). Les tentatives de suicide exposent en effet à un risque plus élevé de suicide abouti chez les personnes âgées comparativement aux tranches d'âges plus jeunes. Les raisons de cette surmortalité ne sont pas encore bien comprises. Plusieurs facteurs de risque ont toutefois été identifiés et associés aux conduites suicidaires chez les personnes âgées (Hawton *et al.*, 2009). Comme chez le sujet jeune, mais plus fréquemment retrouvée que chez lui (60 à 90 % des cas) (Conwell *et al.*, 1996 ; Conwell *et al.*, 2011), la dépression majeure est le trouble psychiatrique le plus fortement associé au suicide abouti (Turvey *et al.*, 2002 ; Waern *et al.*, 2003 ; Blow *et al.*, 2004) et aux tentatives de suicide des personnes âgées (Alexopoulos *et al.*, 1999 ; Bartels *et al.*, 2002 ; Chan *et al.*, 2007). La dépression constitue, d'autant plus si elle est sévère, le plus grand pourvoyeur d'idées suicidaires (Links *et al.*, 2011) et de suicides aboutis (Bostwick *et al.*, 2000). À l'heure actuelle, le nombre important des facteurs épidémiologiques et cliniques de risque suicidaire et la complexité de leurs interactions limitent nos capacités de prédiction chez une personne âgée donnée. Nous proposons ici d'explorer l'inhibition cognitive, une des composantes cognitives associées aux conduites suicidaires chez la personne âgée, afin de mettre en lumière des pistes potentielles de prévention du suicide à cet âge de la vie. En 2012, S. Richard-Devantoy *et al.* ont pointé l'importance de l'inhibition cognitive, la fonction exécutive la plus sensible aux effets du vieillissement et au cœur des processus de contrôle de l'activité cognitive. Ce défaut d'inhibition cognitive est aussi impliqué dans la résistance aux traitements antidépresseurs et pourrait diminuer les capacités d'adaptation au stress, et par conséquent augmenter le risque de comportements suicidaires dans la dépression du sujet âgé. Ce défaut d'inhibition favoriserait l'émergence d'idées suicidaires et serait lié à la prise de décision. Par ailleurs, le lien avec les caractéristiques psychosociales n'est pas encore établi mais ces données pourraient jouer un rôle dans ce contexte de prise de décision et de passage à l'acte en lien avec l'inhibition cognitive.

Le but de cette étude est de mieux comprendre certains facteurs de risque de décès par suicide chez les personnes âgées.

Objectifs

Objectif principal : déterminer la corrélation entre le défaut d'inhibition cognitive et le comportement suicidaire chez les sujets âgés dépressifs.

Objectif secondaire : caractériser chez les personnes ayant un trouble de l'inhibition cognitive l'impact des interactions sociales dans les processus de compensation des pertes des capacités d'inhibition.

Méthode : une étude cas-témoin

Deux groupes de patients âgés de 65 ans et plus déprimés sont constitués. Le groupe témoin est composé de personnes âgées déprimées non suicidaires (sans histoire de tentative de suicide ni idéations suicidaires), hommes et femmes, en couple et vivant seul, suivis à Besançon et dans le nord de la Franche-Comté. Le second groupe est composé de sujets aux caractéristiques sociomédicales identiques, souffrant de dépression et présentant un antécédent de tentative de suicide.

Les évaluations seront les suivantes :

- recueil des données sur les caractéristiques individuelles, neuropsychologiques et sociales ;
- évaluation des capacités d'inhibition cognitive par bilan neuropsychologique et par l'étude des mouvements oculaires par *eye tracking* ;
- évaluation des interactions sociales auxquelles elles prennent part par un entretien décrivant les interactions sociales et leur rôle dans les processus de compensation des pertes des capacités d'inhibition. Ces entretiens sont conduits à distance de l'hospitalisation.

Pour chaque patient, une fiche standardisée sera remplie. Le recueil est nominatif dans chaque site, permettant ainsi d'éliminer les doublons et d'identifier les tentatives de suicide successives.

Perspectives

L'analyse des données permettra de préciser certains facteurs de risque de suicide et de récurrence chez les personnes âgées de plus de 65 ans et de mieux comprendre leurs interactions. Il apportera ainsi des éléments permettant d'orienter les politiques régionales de santé afin de mieux prévenir les tentatives de suicide et leurs récurrences.

Projet n° 5 - Travail et risque suicidaire : études épidémiologiques en population générale, Nadia Younès

Contexte

La grande majorité des suicides concerne la population en activité, d'où l'importance des mesures de prévention à destination de cette population. Malgré des recherches menées dans différents contextes et en utilisant des méthodologies diversifiées, les liens entre situation socioprofessionnelle, conditions de travail et comportements suicidaires (idéations, tentatives de suicide, suicide) sont loin d'être clairs. En particulier, certains aspects du travail ont peu été étudiés en lien avec le suicide. Issu d'une revue de la littérature internationale sur les liens entre travail et santé, le récent rapport Gollac relève six dimensions de l'organisation du travail pouvant avoir des effets sur la santé : exigences au travail ; exigences émotionnelles ; autonomie, marges de manœuvre ; rapports sociaux, relations au travail ; conflits de valeur ; insécurité d'emploi. À ce jour, une étude a examiné le lien entre ces dimensions et les idées suicidaires mais le risque de passage à l'acte suicidaire n'a encore jamais été étudié. Le recours aux soins et la prise en charge des personnes présentant un risque suicidaire en lien avec le travail en médecine générale sont par ailleurs mal connus, alors que les soins primaires sont essentiels dans la prévention des comportements suicidaires.

Objectifs

Cette recherche vise à déterminer les liens entre des caractéristiques du travail et les comportements suicidaires à partir de deux études épidémiologiques : Héraclès et GAZEL. Ces travaux permettront de mieux comprendre les aspects des conditions de travail qui sont le plus fortement associées au risque suicidaire. Un second objectif sera d'identifier des facteurs pouvant modifier les liens entre conditions de travail et risque suicidaire (sexe, âge, situation de famille). Ces deux études sont complémentaires en termes d'indicateurs, Héraclès incluant une mesure du risque suicidaire (pensées, scénario, tentative de suicide), alors que GAZEL permet d'étudier le décès par suicide.

Méthodologie

Héraclès est une étude transversale réalisée d'avril à décembre 2014 auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes (N=132) de la région Nord - Pas-de-Calais. Les médecins ont inclus des personnes âgées de 18 à 65 ans en activité professionnelle venant consulter pendant la période de l'étude (quel que soit le motif de consultation) selon une grille d'inclusion élaborée *a priori* afin de permettre un

recrutement aléatoire (maximum 24 personnes par médecin). Après chaque consultation, le médecin a renseigné :

- la présence éventuelle des principaux troubles mentaux fréquents dont le risque suicidaire (via l'outil diagnostique standardisé MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview) ;
- les caractéristiques sociodémographiques de la personne ;
- les caractéristiques du travail de la personne : secteur d'activité, catégorie socio-professionnelle, type de contrat et risques psychosociaux au travail (rapport Gollac) ;
- les caractéristiques de son exercice en médecine générale.

Des analyses préliminaires montrent que 270 personnes dans l'étude présentaient un risque de suicide selon le MINI (13,5 %). L'objectif des analyses statistiques à venir sera d'identifier les facteurs liés au travail associés au risque suicidaire, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques des personnes.

GAZEL est une étude de cohorte ayant inclu en 1989, 20 000 employés de EDF-GDF suivis annuellement depuis. 81 suicides ont été enregistrés depuis 1989. Ce groupe sera comparé aux personnes décédées par d'autres causes ou non décédées, en termes de caractéristiques du travail renseignées lors du suivi : catégorie socio-professionnelle, mobilité sociale depuis le début de la carrière, contraintes dans l'organisation du travail renseignées par les facteurs de Karasek.

Après avoir mis en lien les conditions de travail et le suicide, les travaux s'attacheront à étudier des facteurs modérateurs possibles comme le sexe, l'âge et la situation de famille.

Perspectives

Cette recherche permettra d'éclairer les liens entre travail et comportements suicidaires (idéations, tentatives de suicide, suicide) en population active, afin d'améliorer les connaissances sur les groupes de personnes les plus vulnérables, ce qui peut contribuer à orienter des mesures de prévention.

Annexe II – Présentation des principales associations de prévention du suicide (par date de création), du public visé, de leurs missions et de la portée de leurs actions (liste non exhaustive)

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
SOS Amitié	1960	Tous publics.	Prévenir l'isolement, la solitude et la souffrance psychique.	Écoutes téléphoniques, messagerie, tchat.	X	X (50 antennes)
Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM)	1963	Familles confrontées aux troubles psychiques d'un proche.	Soutenir les familles, contribuer aux politiques de santé dans le domaine de la psychiatrie.	Des bénévoles assurent un service de soutien, d'information et de formation auprès des familles et dans les institutions sanitaires et sociales.	X	X (tous départements)
La Porte Ouverte	1969	Tous publics.	Accueillir toute personne qui souhaite parler de sa solitude, de ses problèmes.	Entretiens en face-à-face, anonyme, gratuit, sans rendez-vous.	X	X
Association nationale Jonathan Pierres Vivantes	1978	Parents d'enfants qui sont décédés, frères et sœurs deuilés.	Accueillir et écouter les familles deuilées, créer des groupes d'entraide.	Écoutes téléphoniques, permanences d'accueil, groupes d'entraide.	X	X
SOS Suicide Phénix	1978	Toute personne en détresse qui pense mettre fin à ses jours ou qui soit concerné par la problématique du suicide, dans sa famille ou dans son entourage.	Développer des actions de prévention, contribuer à la formation des bénévoles, sensibiliser le public à la prévention du suicide.	Écoutes téléphoniques, messagerie, permanences d'accueil anonyme		X (7 régions en France métropolitaine)
FEALIPS	1981	Tous publics.	Regrouper des associations de prévention du suicide pour offrir une démarche cohérente pour répondre aux besoins d'une population en difficulté psychologique.	Prise en charge globale des individus en vue d'une resocialisation.	X	X

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
Astrée	1987	Tous publics.	Accompagner les personnes en souffrance, former des bénévoles, accompagner des sortants d'hospitalisation.	Écoutes téléphoniques entre personnes en souffrance et bénévoles une fois par semaine, suivi des patients à la sortie de leur hospitalisation.		X (12 grandes villes en métropole)
PHARE Enfants-Parents	1991	Enfants et adolescents en souffrance et leur entourage.	Sensibiliser les pouvoirs publics à l'importance du suicide dans la société, aider les jeunes en mal-être et leurs proches, informer autour de la problématique du mal-être et du suicide.	Écoutes téléphoniques, messagerie, permanences d'accueil, groupes d'entraide.	X	X
France Dépression	1992	Patients souffrant de dépression et autres troubles psychiques et leur entourage	Lutter contre le tabou qui entoure les troubles psychiques, sensibiliser le grand public à la dépression et aux troubles bipolaires, échanger par téléphone ou par courriel avec des personnes concernées et leur entourage.	Écoutes téléphoniques, groupes de parole « <i>self-help</i> » entre patients ou ex-patients ou entre parents ou entourage proche.		X (4 associations régionales en Bourgogne, Normandie, Lorraine et Centre)
Suicide Écoute Prévention Intervention auprès des adolescents (SEPIA)	1993	Jeunes de 15 à 24 ans confrontés à des troubles de santé mentale.	Accompagner les jeunes en situation de crise, offrir un soutien social et psychologique, assurer un suivi en postvention.	Permanence d'accueil.		X (Alsace)
Contact	1993	Personnes homosexuelles, bisexuelles et trans et leurs proches.	Aider les familles et amis à comprendre l'orientation sexuelle de la personne, aider les gays, lesbiennes et trans à communiquer avec leur entourage, lutter contre les discriminations et prévenir le suicide.	Écoutes téléphoniques, accueil individualisé auprès de parents d'enfants homosexuels ou bisexuels, auprès d'amis, de jeunes qui rencontrent des difficultés ou qui souhaitent renouer avec leur entourage.		X (20 associations, 5 antennes)

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
Suicide Écoute	1994	Tous publics.	Sensibiliser les différents acteurs à la problématique du suicide, faire connaître sa ligne d'écoute auprès des différents professionnels de santé.	Écoutes téléphoniques.	X	X
Vivre son deuil	1995	Tous publics.	Coordonner le soutien et l'aide aux personnes en deuil, stimuler la recherche dans le domaine du deuil.	Écoutes téléphoniques, ateliers, café deuil (selon les antennes).	X	X
Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS)	1996	Tous publics.	Regroupement d'associations dans le but de créer une médiation associative pour mieux promouvoir la prévention du suicide à travers notamment la mise en place d'une Journée nationale pour la prévention du suicide.	Pas de contact direct avec les particuliers.	X	X
Collectif interassociatif sur la santé (CISS)	1996	Personnes malades et handicapées, personnes âgées et retraitées.	Regroupement d'associations dans le but de défendre le droit des usagers du système de santé.	Pas de contact direct avec les particuliers.	X	X
Ensemble prévenons le suicide	1996	Tous publics.	Regroupements d'associations et d'institutions d'Île-et-Vilaine.	Pas de contact direct avec les particuliers.		X (Île-et-Vilaine)
Ligne Azur	1997	Personnes qui se posent des questions sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.	Informier et soutenir les personnes en difficulté, les orienter vers des structures adaptées à leur situation.	Écoutes téléphoniques, messagerie.		X
Schizo	1998	Personnes atteintes de schizophrénie et leurs proches.	Développer l'information, favoriser la recherche sur la schizophrénie, former les malades et les proches à la gestion de la maladie.	Écoutes téléphoniques, groupes de parole, soutien juridique, accès à l'information.	X	X (toutes les régions, 79 départements)

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
AdagBB	1998	Personnes âgées.	Promouvoir la prévention, la formation et la coordination de l'antenne gérontologique.	Pas de contact direct avec les particuliers.		X (bassin Burgien)
Loire prévention suicide	1999	Tous publics.	Contribuer à la prévention du suicide dans le département de la Loire.	Écoutes téléphoniques, accueil avec ou sans rendez-vous ou bien rencontre à domicile selon profil des individus, proposition d'un soutien psychologique.	X	X (La Loire)
Point Écoute Psychologique	2000	Tous publics	Prévenir les conduites suicidaires, accompagner les personnes en situation de mal-être.	Écoutes téléphoniques, permanence d'accueil, avec ou sans rendez-vous, proposition de soutien psychologique.		X (Saint-Étienne et Roanne)
Croix-Rouge française	2000/ 2001	Personnes détenues et leur famille.	Améliorer les conditions de vie des personnes détenues et sensibiliser les pouvoirs publics sur des actions à mettre en place.	Écoute anonyme et confidentielle, mise en place des « codétenus de soutien » en 2010 sur la base du volontariat.	X	X
Au cœur des flots	2002	Jeunes en mal-être et familles endeuillées par le décès d'un adolescent ou d'un jeune.	Accompagner les adolescents en mal-être, sensibiliser les jeunes pour que le suicide ne soit plus un tabou, distribuer un guide « GPS Ado » de prévention du suicide.	Plateforme nationale d'écoute et d'information qui permet à l'appelant d'être rappelé, d'échanger par courriel ou sur forum.		X (Maine et Loire)
Le Refuge	2003	Jeunes homosexuels, bisexuels et transidentitaires de 18 à 25 ans en situation de difficultés sociales et de rupture familiale.	Accompagner et héberger les jeunes gays, lesbiennes et les personnes transidentitaires.	Écoutes téléphoniques et SMS, accompagnement des jeunes dans leurs démarches administratives, hébergement dans des appartements-relais ou des hôtels partenaires avec visite de bénévoles chaque soir.		X (8 délégations dans 7 grandes villes métropolitaines et à Saint-Denis de La Réunion),

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
Réseau Équilibre	2004	Personnes âgées de plus de 60 ans (particulièrement les hommes veufs et les couples en difficultés).	Prévenir le mal-être et la crise suicidaire grâce à des interventions auprès des personnes âgées, informer, mettre en place des formations de bénévoles et de professionnels qui gravitent autour des personnes âgées.	Prise de contact avec l'appelant pour évaluer la demande, rencontre avec la personne âgée à son domicile, aide à la mise en place d'un plan d'actions avec le soutien des professionnels de santé qui entourent la personne âgée.		X (La Loire)
Orion	2006	Jeunes de 12 à 25 ans.	Agir en termes de prévention auprès des établissements scolaires et mettre en réseau professionnels de santé, structures accueillant les jeunes et médecins généralistes.	Pas de contact direct avec le public.		X (Var)
Solitud'Écoute	2007	Personnes de plus de 50 ans souffrant de solitude, de pauvreté, d'exclusion et de maladies graves.	Apporter une écoute et du réconfort aux personnes âgées de plus de 50 ans qui joignent le numéro Vert mis en place par l'association en 2007.	Écoutes téléphoniques	X	X (Bénévoles présents à Paris, Lyon et Grenoble)
Union nationale Maison des adolescents	2008	Enfants, adolescents et jeunes qui ont des difficultés de santé.	Favoriser l'accès aux aides et aux soins pour les adolescents en souffrance psychique.	Infrastructures qui accueille, informe, oriente les jeunes de 11 à 25 ans et leur famille.	X	X
Détresse Agriculteur	2011	Ressortissants agricoles actifs : salariés et non-salariés agricoles et leur famille en situation de détresse psychologique.	Repérer les signes de mal-être qui conduisent à un acte suicidaire, proposer et/ou orienter vers un accompagnement médical, psychologique ou professionnel.	Après signalement de la famille auprès du responsable du service d'action sanitaire et sociale et du médecin du travail de la MSA, rencontre à domicile puis proposition d'un soutien psychologique, prise en charge de 5 séances par la MSA.		X (Loire, Ardèche, Drôme)

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
Fédération 3977	2014	Personnes âgées et personnes handicapées.	Lutter contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées, écouter les appelants au numéro unique 3977 et les orienter.	Écoutes téléphoniques nationales assurées par des professionnels, dispositif complété par des écoutes de proximité assurées par des bénévoles.	X	X (tous départements)
Agri'écoute	2014	Agriculteurs en souffrance.	Permettre un dialogue anonyme aux agriculteurs en souffrance grâce à un service de numéro national.	Écoutes téléphoniques.	X	