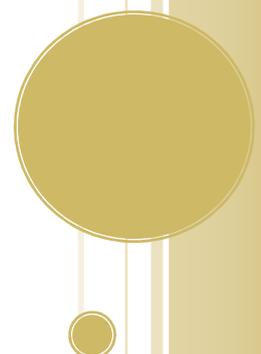


Fédération Européenne des Associations Luttant
contre l'Isolément et pour la Prévention du suicide

19/06/2012





**Anciennement UNCCR (UNION
NATIONALE DES CENTRES RECHERCHE
ET RENCONTRES)
MEMBRE FONDATEUR de L'UNION
NATIONALE pour la PREVENTION du SUICIDE
(U.N.P.S.)**

*Association régie par la loi 1901, reconnue d'Utilité
Publique par décret du 6 Juillet 1981*

Siège social : 61 rue de la Verrerie, 75004 Paris

Siège administratif : 6 rue de l'Asile Popincourt,
75011 Paris

Tél : 0142 78 19 87 - Fax : 0142 78 32 44

LES ACTES DES 1^{ERES} ASSISES DE LA FEALIPS

DU MERCREDI 7 DECEMBRE 2011

Lieu de la journée : Espace Conférence
Groupe hospitalier DIACONESSES CROIX SAINT-SIMON
18 rue du Sergent BAUCHAT, 75012 PARIS

COORDONNEES ET INFOS PRATIQUES

Comité d'organisation:

**Xavier Tarneaud
Philippe Carette
Matthieu Lustman**

**Siegrid Darquet
Catherine Lustman
Catherine Laidi
Clémence Lucien
Virginie Cozette**

CENTRE POPINCOURT

CENTRE THERAPEUTIQUE

spécialisé dans la lutte contre l'isolement et la prévention du suicide Paris

<http://www.centrepopincourt.fr>><http://www.centrepopincourt.fr>

FEALIPS :

<https://sites.google.com/site/fealips/>

<https://sites.google.com/site/assisesfealips2011/>

tél: 01 42 78 19 87

INFOSUICIDE.ORG

<http://www.info suicide.org>

blog du site info suicide.org

<http://blogdinfo suicide.blogspot.com/>

Page Facebook <http://www.facebook.com/pages/info suicideorg/251773318217006>

Twitter <https://twitter.com/#!/info suicideorg>

Site des 1ères assises : <https://sites.google.com/site/assisesfealips2011/>

Le programme : <https://sites.google.com/site/assisesfealips2011/home/programme>

Actes : <https://sites.google.com/site/assisesfealips2011/home/actes>

Sommaire

Coordonnées et infos pratiques.....	2
<i>Comité d'organisation</i>	2
Bienvenue.....	5
PROGRAMME	6
SEANCES PLENIERES	8
Message d'accueil - Xavier TARNEAUD, Président	8
Eléments de contexte - Martine METIVIER, Directrice Centre Social RetR de Nantes	12
Eléments pour un argumentaire - Philippe CARETTE, Directeur du centre Popincourt	15
Présentation de la stratégie française 2011- 2014 - Pr Jean Pierre Soubrier, Vice président de l'UNPS	17
Créer une équipe dédiée à la recherche de financements européens. - Philippe CARETTE	18
Développement des CPSi en Europe (Centres de Prévention du Suicide et de l'isolement) - Philippe CARETTE	19
Groupes de travail.....	23
Atelier 1	24
Intérêt des pratiques à médiation - Marielle MAUREL, Psychothérapeute	26
Centre de prévention du suicide de BRUXELLES - Stéphanie DEMAERE, directrice du centre	28
L'INTERET DE PARTENARIATS EUROPEENS POUR LES MANIFESTATIONS DE PREVENTION ET DE SENSIBILISATION : RECHERCHE ET ACTEURS DE TERRAIN : comment intégrer les acteurs de terrain à la recherche et réciproquement - Jean Yves TROMEUR, responsable de l'unité de psychothérapie de COLOMBES (Haute de seine), France	30
Partenariat INSERM U897 (Bordeaux)/Unité de psychothérapie Entr'actes Colombes (92)Pour deux études-actions, réalisées en 2010, relatives à la prévention du suicide dans la police nationale et des personnels pénitentiaires - Marine BONFILS, psychologue clinicienne unité de psychothérapie	33
Atelier 2	36
INTERVENTION DE YVES BAISE d'ACCORD'AGE NORD- PAS- DE- CALAIS .	36
Réseau de prévention du suicide d'Indre et Loire « Vivre et intervenir ensemble face au suicide »	45
Intervention Mme SALUSTRO - Réseau Vie 37 –Tours	49
PARTENARIATS LOCAUX AUTOUR DES JUMELAGES - Jean Yves TROMEUR, Psychosociologue - Directeur d'Entr'actes, Colombes	52
ATELIER 3	54
Quelle place pour la réflexion éthique dans la prévention du suicide ? - Matthieu Lustman. Relecture : René Padieu	54
Restitution FEALIPS : Atelier 1 - Christine Schertzer, psychologue	62
Restitution de la restitution des travaux des ateliers. X. Tarneaud, président.....	63

Conclusion de la journée	64
Réactions diverses :	65
Témoignages :	65
Lettre du président aux adhérents de l'union suite aux premières assises	66
Informations complémentaires échangées à l'occasion de ses assises	68
Des financements de l'UE pour promouvoir le vieillissement actif	69
Le site italien dédié à l'année européenne du vieillissement actif est en ligne	69
Initiatives 17 janvier 2012.....	69
Ouverture de l'année européenne à Copenhague.....	69



BIENVENUE

Au nom de l'association FEALIPS, Fédération Européenne des Associations luttant contre l'isolement et pour la prévention du suicide, et au nom du comité d'organisation, nous sommes fiers de vous accueillir à ces premières assises placées sous le thème : ne restons pas isolés, osons les rapprochements, des partenariats, des mutualisations, imaginons des aménagements, expérimentons des agencements, trouvons de nouveaux ancrages.

Faisons en sorte de ne pas devenir étranger ou absent à notre environnement européen

Xavier Tarneaud, président

Si vous êtes aujourd'hui parmi nous, à Paris, c'est que vous croyez comme nous, à la mise en commun des expertises comme condition de réussite dans la lutte contre l'isolement et la prévention du suicide. C'est une occasion unique de créer des liens solides et de faire de ces premières assises le point de départ de collaborations nouvelles à long terme entre les associations ; les réseaux, les collectifs qu'ils soient composés de bénévoles, de praticiens de cliniciens ou de chercheurs.

Aujourd'hui un état de situation, engageons nous dans des échanges réguliers, et prévoyons de nous retrouver dans quelques temps pour faire un bilan à Paris ou ailleurs.

Philippe Carette, directeur Centre Popincourt

PROGRAMME

Mercredi 7 décembre 2011

9h 30 : **Accueil des participants**

10h 00 : **Ouverture** bienvenue du président de la FEALIPS : Xavier Tarneaud, Paris

10h 20 : **De l'UNCRR à la FEALIPS** L'évolution des Centres Recherche et rencontres, et de leurs problématiques de travail : isolement et prévention du suicide. Martine Métivier, directrice du centre Recherche et Rencontres de Nantes.

10h 40 : **Les liens FEALIPS et UNPS** et autres structures nationales : redéfinition nécessaire du rôle de correspondant : Dr Matthieu Lustman, Paris.

11h 00 : **1^{er} échange Tour de table** et présentation des structures et des participations.

11h50 : Présentation des travaux de la journée.

12h 00 : Présentation de la stratégie Française contre le suicide 2011 - 2014

12h 15 : **Projet de mise en place d'une structure de conseil et d'accompagnement pour faciliter l'obtention de financements européens et constituer une cellule dédiée** Philippe Carette, Paris.

12h 30 : **Repas**

13h 30 : **Modélisation du CPS i** (Centre Prévention Suicide et isolement) au sein de l'espace européen et développement d'au moins une structure ressource par région : Philippe Carette, Paris

- Historique du CPS dans le monde,
- Autres modèles de structures qui peuvent inspirer les CPSi,
- Projet de cartographie des structures possibles de CPSi en Europe,
- Vers la création d'un comité Européen des CPSi ?!

14h 00 : **ATELIERS :**

Echanges autour des projets, intentions, préoccupations, idées pour mettre en lumière les enjeux et les défis de coopération, de mutualisation.

L'importance de respecter l'histoire de chacun tout en sachant s'adapter à de profonds changements.

Contribuer à pérenniser ainsi la forme associative au service de l'intérêt public, de l'utilité sociale.

Atelier 1 : RECHERCHE et ACTEURS de TERRAIN : comment intégrer les acteurs de terrain à la recherche et réciproquement ?

- 14h 00 : L'intérêt des pratiques à médiation artistique et culturelle dans les structures de prévention et de soins ; Irina Mazilu, présidente de la FFAT, art thérapeute; et Marielle Maurel thérapeute au centre Popincourt. Paris
- 14h 30 : L'intérêt des partenariats européens pour les manifestations de prévention et de sensibilisation. Exemple de l'expo Vivre de BXLS, à Colombes Jean Yves Tromeur, psychosociologue, thérapeute familial.
- 15h 00: Favoriser un réseau d'échange d'étudiants et de stagiaires avec les écoles et les universités européennes (art thérapie, travailleurs sociaux, psychologue, sociologue, soignants, etc, favorisant les expériences de stage sur des terrains spécifiques isolement suicide.

- 15h 30 : Partenariats d'étude et de recherche, témoignage du GRAIPS ; des travaux avec les canadiens en relation avec l'UNPS pour la France

Gaëlle Encrenaz, Inserm Bordeaux et Marine Bonfils, Colombes

- 16h 00 : Travail de synthèse et préparation à la restitution, définition de perspectives de travail pour l'année à venir.

Atelier 2 : ETHIQUE ET ACTEURS DE TERRAIN : pour des pratiques nouvelles en prévention

modérateurs : Dr Matthieu Lustman et sociologue, Paris et René Padieu, rapporteur

La prévention a envahi nos vies. Elle est devenue une notion centrale dans notre société, un élément incontournable des politiques publiques, des discours officiels, de pratiques et même de l'éducation de l'on donne à nos enfants !

Faut-il parler de la prévention ou des préventions ?!

Ne faut-il pas fissurer l'évidence trompeuse que la prévention a acquise,

Ne faut-il pas lui faire perdre son innocence ?!

- 15h45 : Travail de synthèse et préparation à la restitution, définition de perspectives de travail pour l'année à venir.

Atelier 3 : RENCONTRE MONDE SANITAIRE, MONDE SOCIAL : les enjeux des coopérations, reconnaissances - méconnaissances

modérateur : J M. Coutel, président du centre de Brive

- 14h 00: Intervention postvention et péri crise, Marie Claude Sallustro, assistante sociale, Tours

- 14h 30 : Sensibilisation et formation CPS de Bxls, exemple de partenariat, Bruxelles

- 14h 50 : Partenariats locaux autour des jumelages : Jean Yves Tromeur, Colombes

- 15h 00 : Centre de prévention et d'orientation du Luxembourg : Frantz Donghia, psychologue

- 15h 30 : Mise en place d'un service mutualisé d'ingénierie, aide au développement d'initiatives et accompagnement de projets d'hébergement entre le domicile et l'établissement : Yves Baise, ancien directeur de structure médico-sociale, Lille.

- 15h45 : Travail de synthèse et préparation à la restitution, définition de perspectives de travail pour l'année à venir.

- 16h00 : **Travail de synthèse et préparation à la restitution, définition de perspectives de travail pour l'année à venir.**

- 16h 00 : présentation de la nouvelle stratégie française 2011 2014 et des perspectives dans différents pays d'Europe.

- 16h 30 : **Restitution des travaux des groupes** et perspectives - Priorités d'actions. Prochains rendez- vous.

- 17 h 00 **Clôture** par Xavier Tarneaud, président FEALIPS

Invitation et appel à candidature pour la prochaine AG début Février 2012.

SEANCES PLENIERES

Message d'accueil - Xavier TARNEAUD, Président

Bienvenue à tous, pour cette journée dont j'espère qu'elle sera fructueuse et nous permettra d'avancer et de définir des objectifs et des plans d'action.

Tout d'abord, je souhaite remercier l'équipe qui a organisé cette journée : l'excellent Philippe Carette évidemment, directeur du Centre R&R Paris, le Centre Popincourt, qui a conçu le programme et convaincu les intervenants, le Professeur Soubrier, que vous connaissez tous, pour son parrainage, son autorité, Mathieu Lustman, Médecin et Sociologue, administrateur de notre association et de l'UNPS, qui nous a guidés dans la définition du programme de cette journée, Catherine Lustman qui a mis en forme le logo, l'annonce reproduite sur le calicot et le dossier qui vous a été remis à l'entrée, et nos collaboratrices, Siegrid Darquet qui a conçu le site Internet dédié à la journée, Catherine, Clémence et Virginie, pour leur fidélité et leur capacité à résoudre les multiples petits problèmes rencontrés depuis qu'avec Philippe, nous avons imaginé ce projet il y a quelque 3 mois. ET je souhaite vous remercier, vous qui avez fait l'effort de venir participer à cette journée en un jour froid et pluvieux de Décembre et plus encore les personnes qui interviendront tout au long de la journée. Je ne les nomme pas, elles se présenteront tout-à-l'heure. Merci enfin, de tout cœur, à celles et ceux, nombreux qui nous ont adressé des messages de félicitation et d'encouragement.

Et maintenant, quelques brefs éléments statistiques pour nous plonger au cœur des problèmes auxquels nous sommes confrontés et nous efforçons d'apporter des solutions et qui seront au cœur de nos débats d'aujourd'hui.

En 2008, 10.353 décès par suicide en France, officiellement. Soit plus que dans les autres pays de la communauté européenne. Des très jeunes et des très vieux, plus en Bretagne, dans le Nord, en Poitou-Charentes qu'en Corse, en Alsace ou en Rhône-Alpes...

4.000.000 de personnes vivent en situation d'isolement, soit près de 10% de la population âgée de plus de 18 ans ; la moitié ont moins de 60 ans ; ce n'est donc pas seulement un problème de vieux ; 18% des personnes déclarant un revenu mensuel inférieur à 1.000 euros sont en situation d'isolement.

Ces données brutales ne peuvent que nous interpeller.

Nous savons que l'homme actuel est confronté à des situations, parfois de son fait, qui contribuent à sa faiblesse et à son isolement et peuvent le conduire au suicide ; j'en cite quelques-unes, dans le désordre :

- accroissement de la durée de la vie,
- problèmes de santé, souvent imputables à la malnutrition, au manque d'exercice, à une consommation médicamenteuse excessive, à l'exposition à l'alcool et aux drogues,

- diminution des contacts physiques avec l'autre au profit des contacts distants : téléphone, télévision, internet, réseaux sociaux, et passage du réel au virtuel,
- dilution de la structure familiale : divorce, éloignement, éclatement,
- détérioration des comportements sociaux : on vit pour soi, on se replie sur soi, on s'affiche différent de ce que l'on est ; on n'a pas de temps ni d'intérêt pour l'autre, on devient dur pour l'autre, le petit, le différent, l'étranger ; les notions de politesse, de courtoisie s'effacent,
- on vit dans l'instant, on réagit à l'évènement quand il se produit, on ne peut pas, on ne sait plus se préoccuper de l'avenir ou l'envisager ; cet avenir est incertain, parfois mal assuré, on emprunte, on se fait plaisir, et les lendemains peuvent déchanter,
- etc...

Les "30 années glorieuses" avaient quelque peu amélioré la situation, avec la progression du niveau de vie, l'amélioration du logement et du confort, le plein emploi, la course à la consommation. Il restait cependant de nombreux laissés pour compte.

La crise qui se développe depuis quelques années nous ramène durement en arrière : chômage, crise du logement, paupérisation, surendettement, criminalité, violences, immigration, discrimination sociale et raciale, pression de l'entreprise, faillite du système éducatif, incapacité du système de santé à répondre à des besoins en constant accroissement.

Notre société tente de réagir de façon désordonnée, trop souvent dans l'urgence et sous la contrainte, avec des moyens insuffisants ; de nombreuses personnalités dénoncent la situation : cf. le rapport récent du Médiateur de la République, l'appel à la création d'un "observatoire du suicide" ; les pouvoirs publics tentent de définir une stratégie face au suicide, proposent une nouvelle loi sur la psychiatrie ; les tribunaux commencent à reconnaître la faute inexcusable de l'employeur, à l'origine du suicide d'un employé ; on organise des manifestations : la journée nationale JNPS, la journée mondiale ; on érige la solitude en grande cause nationale ; on parle beaucoup de la mort : la mort assistée, le salon de la mort ; une multitude de structures s'intéressent au problème : les grandes ONG, les assureurs, quelques mécènes, on fait beaucoup dans la téléphonie sociale, on crée des SOS tous azimuts ; les prédicateurs, sectes, voyants, paramédicaux, occupent le terrain et abusent de la situation et des personnes.

Dans ce contexte, les centres Recherche & Rencontres me paraissent avoir apporté une bonne réponse, par la spécificité de leur approche (accueil, écoute, entretien, groupes d'expression et de partage) conduite par des équipes pluridisciplinaires (assistants sociaux, art thérapeutes, psychologues), donc aux confins du médical et du social, et dont la validité et la pertinence ont été reconnues par tous.

L'Union nationale des Centres Recherche et Rencontres "UNCRR", créée le 26 mai 1978 et reconnue d'Utilité Publique par décret du 6 juillet 1981, fédère plusieurs associations créées dans les années 1950 et gérant, pour certaines d'entre elles, des Centres thérapeutiques. L'UNCRR est membre fondateur de l'U.N.P.S. (Union nationale pour la prévention du suicide).

Les associations membres de l'UNCRR, dans la diversité de leurs identités, fondent leur appartenance commune dans la volonté d'agir :

- en faveur de personnes souffrant principalement d'isolement par suite d'une rupture sociale, familiale, affective ou professionnelle ;
- pour la prévention du suicide ;

- dans le soutien à l'entourage de personnes qui ont effectué une tentative de suicide ou suicidantes.

Force est malheureusement de constater que le beau réseau de compétences et d'énergies, créé il y a quelque 50 ans, n'était plus adapté pour traiter des problèmes d'une société qui a beaucoup évolué. Il nous est apparu que le regroupement des énergies et des compétences devenait nécessaire pour offrir une démarche cohérente et coordonnée, donc plus efficace, afin de mieux répondre aux besoins d'une population en difficulté psychologique. Nous avons constaté aussi que, sauf exceptions, des associations isolées et souvent dépendantes des financements de la puissance publique, éprouvent du mal à survivre dans un environnement de restrictions budgétaires, de désengagement de l'Etat et des collectivités locales, de contraintes administratives croissantes, voire de concurrence accrue de la part de structures analogues.

Par décision de son assemblée générale du 7 juin 2011, l'UNCRR a ainsi décidé d'ouvrir sa structure et de la transformer pour devenir la **Fédération européenne des associations luttant contre l'isolement et pour la prévention du suicide ("FEALIPS")**, avec pour objectif de regrouper d'autres associations ou structures opérant dans des domaines proches des siens.

La régularisation de cette transformation sur le plan administratif est actuellement en cours : s'agissant d'une association reconnue d'utilité publique, la modification des statuts et de la raison sociale doit être approuvée par les ministères de tutelle : intérieur, santé et affaires sociales, avant d'être soumise au Conseil d'état qui statuera par voie de décret. Cette procédure est longue et nous espérons que la ratification interviendra vers le milieu de l'année 2012.

L'objet de cette journée est donc de définir ce que seront les objectifs de notre FEALIPS et de déterminer comment nous pourrions coordonner nos efforts et mettre en œuvre, ensemble, des actions et des projets porteurs d'avenir et susceptibles de faciliter, voire de renforcer le développement de nos activités. Je cite quelques-uns des points sur lesquels pourraient porter nos actions, dans la période à venir :

- **mise en place d'une structure commune de recherche et d'étude** sur les problèmes de la société actuelle qui conduisent au suicide et à l'isolement,
- **travail sur des actions phares** : jeunes, personnes âgées, équipes mobiles, interventions à domicile, entreprises, prévention, postvention, démarche qualité, etc...,
- **mise en œuvre d'un mode d'accompagnement au profit des structures membres** : échanges, information, assistance, contrôle, éthique, etc...,
- **création d'un centre d'assistance à la formation** sur ces problématiques, destiné à compléter le savoir-faire et accroître la motivation de nos équipes, mais aussi à mobiliser ce savoir-faire, notre expérience, nos méthodes, pour les proposer à ceux qui, sur le terrain et dans l'urgence, sont en contact avec les isolés, les suicidants, les proches des suicidés: structures sanitaires et sociales, entreprises, établissements d'enseignement, partenaires des associations membres de la Fédération, etc.,
- **modélisation du centre de prévention du suicide**, à partir de l'expérience acquise dans les centres Recherche & Rencontres et dans d'autres pays,
- **acquisition, production et diffusion de moyens d'information** (publications écrites et sites Internet) destinés aux associations membres et à leurs collaborateurs, aux personnes évoquées plus haut ou au grand public, pour alerter, former, informer, conseiller, orienter sur les thèmes constituant l'objet de la Fédération et des associations membres,
- **concertation et coordination** avec les pouvoirs publics et les structures ayant un objet proche de celui de la Fédération, en France, en Europe, ou sur d'autres

continents, afin de faciliter et de développer les actions et projets de la Fédération et de ses membres et d'en améliorer l'efficacité,

- **recherche de financements** auprès des pouvoirs publics, des fonds européens, des grandes entreprises, fondations et autres mécènes, pour des projets spécifiques (clinique de l'entourage, personnes âgées, etc...).

Je rappelle, si besoin est, que bien entendu, notre Fédération se reconnaît libre de tout lien ou appartenance de nature politique et confessionnel. Pour autant, elle affichera des principes clairs et simples en matière d'éthique et de déontologie, en conformité avec les évolutions législatives et réglementaires récentes, et elle se portera garante de l'application de ces principes par toute association qui la rejoindra.



Eléments de contexte - Martine METIVIER, Directrice Centre Social RetR de Nantes

Bonjour,

Je dirige depuis 23 ans le Centre Spécialisé de l'Association Recherche et Rencontres de Nantes.

J'ai tenu pendant plusieurs années la place de coordinatrice de tous les Centres Recherche et Rencontres.

En l'absence aujourd'hui du Dr Hilaire, président de l'association Recherche et Rencontres de Lyon, je me vois chargée de vous présenter ce matin les valeurs et l'histoire de l'Union des Centres Recherche et Rencontres ainsi que mon expérience de Nantes.

Je précise tout de même que mon métier d'origine est Assistante Sociale et que depuis 15 ans j'exerce ailleurs, en parallèle, la profession de thérapeute familiale avec une référence systémique.

Mes 23 années d'expériences ici ne sont qu'une petite partie du chemin de vie de Recherche et Rencontres que je vous retrace rapidement aujourd'hui.

Cette route commence dans les années cinquante à l'initiative de **Mme Suzanne Nouvion et de Mme Jacqueline-Marie de Chevron Villette** dont les expériences personnelles et professionnelles, éducatives et sociales les mettent au contact de personnes en souffrance d'isolement (le « mal d'isolement » écriront-elles plus tard).

En 1956 Mmes Nouvion et de Chevron Villette rassemblent des **chercheurs en sciences humaines**, d'horizons divers, pour étudier le concept d'isolement, en analyser les causes et en éviter les conséquences graves telles que le suicide.

Ces études, ces recherches et ces rencontres permettent à Mmes Nouvion et de Chevron Villette d'ouvrir, en 1958, un 1^{er} Centre, rue de la Verrerie à Paris.

« Recherche et Rencontres » est né en tant **qu'Association de lutte contre l'isolement et de prévention du suicide**.

Après celle de Paris, d'autres associations R et R seront créées, sous leur impulsion, peu à peu, au fil des années :

à **Lyon, Toulouse, Marseille, Boulogne, Rouen, Grenoble, Nantes, Brive, Limoges**.

Tous ces centres R et R accueillent des personnes confrontées à un isolement douloureux et vivant une fragilité psychologique.

Nous les écoutons et les soutenons vers la prise de conscience de leurs capacités d'évolution et de réceptivité pour leur permettre de dépasser la peur du regard des autres, de surmonter les sentiments d'échec profond et de grave mésestime de soi, lesquels entraînent repli sur soi et rupture du lien social voire risque suicidaire.

L'accompagnement psycho-social des centres R et R a pour objectif le mieux être, le retour de l'équilibre psychique et la réinsertion personnelle, familiale, sociale et professionnelle.

Dans tous les Centres R et R nous avons développé :

- **Un accueil spécifique et adapté**
- **Des entretiens individuels d'écoute, d'accompagnement, de soutien**
- **Des groupes d'expression et de créativité**

Cette méthode en 3 pôles, conçue par Suzanne Nouvion et Jacqueline-Marie de Chevron Villette, veut appréhender la personne isolée dans sa globalité. Les équipes sont pluridisciplinaires. L'approche utilise les interactions individuelle et collective.

En 1978, l'Ensemble des Associations R et R se regroupe en une **Union des Centres Recherche et Rencontres**, laquelle acquiert la reconnaissance **d'Utilité Publique en 1981**.

Selon les aléas de la dynamique associative locale, selon les fluctuations des financements ou selon les orientations des politiques de Santé Publique, la vie de nos équipes et de nos Centres R et R subit quelques variations au fil des années.

Je sélectionne arbitrairement quelques dates clefs de cette histoire : en voici 3 :

- En 1993 la CNAM et la DGS proposent à l'Union des Centres R et R un financement pour que nous menions une **grande campagne nationale** de Prévention du Suicide. Ce financement exceptionnel bouleverse et améliore notablement notre visibilité locale et nationale en nous offrant la possibilité d'organiser des événements inédits de communication en Prévention du Suicide.

- En 1994, à Lyon, R et R organise des **journées d'Etudes** intitulées : « Isolement et Solitude aujourd'hui ». J'en garde le souvenir d'une grande confrontation d'idées et de regards.

Des rencontres très ouvertes ont balayé le niveau éthique, sociologique, épidémiologique et psychanalytique des concepts d'isolement et de solitude.

Les contextes multiples ont été évoqués, du milieu carcéral jusqu'aux situations dans les couples et familles. Ce fut un moment fort pour nos équipes et nos Associations.

- En 1997, la toute **première Journée Nationale de Prévention du Suicide** est lancée en France par quelques Associations dont l'Union des Centres R et R. Ces JNPS ont désormais une grande notoriété chaque mois de février, chaque année, et toutes les Associations R et R y ont une place active. A Nantes, nous y sommes effectivement moteur depuis la 1ère JNPS. Nous sommes en pleine organisation actuelle de celle de Février 2012

D'ailleurs, pour ce qui est de Nantes, quelques mots peut-être sur le **Centre Spécialisé de lutte contre l'Isolement et de prévention du Suicide de l'Association R et R de Nantes**.

Notre « cœur de métier » demeure à Nantes fixé sur le trépied que j'ai déjà évoqué :

- **L'accueil personnalisé**, immédiat et attentif de toute personne isolée et/ou suicidaire poussant la porte.
- Des **entretiens individuels** psycho-sociaux d'écoute et de soutien réguliers et renouvelés tant que le souhaite la personne en souffrance et en mal être de vivre.
- Des propositions de **groupes de créativité par l'expression** artistique, l'expression graphique, l'expression théâtrale, l'expression par le corps et la voix, par l'écriture, etc.

Cette activité d' « accueil + entretiens + groupes » se déroule dans nos locaux du centre-ville à Nantes auprès d'un public d'adultes. Nous accompagnons dans ce cadre plus de 500 personnes chaque année.

De nombreuses autres actions complètent cette activité principale.

En voici 4 exemples :

- **Des groupes de parole et de soutien pour les proches d'une personne décédée par suicide.**

Cette action « après suicide » pour « ceux qui restent » est proposée par mon équipe à Nantes depuis 12 ans et elle demeure aujourd'hui la seule de ce type dans notre région. Elle a été financée dès sa création dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique. Nous y accueillons et nous accompagnons en groupes de parole et de soutien mutuel de nombreuses familles endeuillées et secouées par le suicide d'un très proche.

- Autre action particulière : nous avons créé sur sollicitation de la DRASS des Pays de Loire il y a 6 ans un GEM pour les **personnes en souffrance psychique** reçues et accompagnées par l'équipe de Nantes.

Objectif : rompre l'isolement, encourager le lien social et l'autonomie.

- Nous avons également conçu, créé et développé des interventions de prévention du mal être et de repérage du **risque suicidaire des jeunes** que nous effectuons en milieu scolaire auprès des lycéens, apprentis, étudiants ou auprès de leur entourage (éducateurs, enseignants, hébergeurs) ou auprès de leur parents et familles.

Cela nécessite un important travail de partenariat, de préparation et d'évaluation avec les établissements concernés et demandeurs. Ces actions sont soutenues par l'ARS à Nantes.

Objectifs : permettre l'expression du mal être des jeunes, repérer les risques suicidaires et accompagner / soutenir l'entourage.

- Mon équipe a également créé et diffusé des actions spécifiques en prévention du Suicide à destination des **publics âgés** et leur entourage professionnel et familial.

Là encore, mêmes objectifs : sensibiliser, informer, repérer et prévenir. Et là encore, pour et autour des Séniors, les mêmes thèmes en lien avec l'isolement et le risque suicidaire.

Lorsque je vous présente rapidement quelques unes de nos actions, je souhaite souligner qu'il s'agit, à mes yeux, de garder une **logique de concertation, de réseau et de partenariat**.

Et cette logique je la vois avant, pendant et après toutes nos tâches.

En effet, toutes les situations de détresse psychologique, d'isolement et de risque suicidaire doivent être repérées puis accompagnées et traitées non seulement dans l'urgence et dans la crise (et là ce sera plutôt le travail des soignants hospitaliers et urgentistes) mais aussi et surtout dans l'après-crise, à long terme. Et c'est là que se situe l'action de R et R.

Mais encore bien évidemment dans « l'avant » donc en terme de prévention primaire et c'est là encore qu'œuvrent les équipes R et R..

Au fil du temps et en fonction des contextes socio-économiques, nos Associations R et R sont, et ce depuis longtemps, dans l'évidence de concertation, de complémentarité, de regroupement cohérent des énergies.

C'est donc bien dans cet objectif que nous sommes réunis aujourd'hui pour le passage de l'Union Nationale des Centres Recherche et Rencontres à une fédération d'Associations partenaires agissant sur les mêmes thèmes et avec les mêmes objectifs.

L'UNCRR propose donc d'ouvrir et de transformer l'actuelle structure en une **Fédération d'Associations** et de lui donner, en quelque sorte, une nouvelle identité, en regroupant d'autres Associations ou structures opérant dans des domaines proches des nôtres.

Cette Fédération, qui se reconnaît libre de tout lien ou appartenance politique ou confessionnelle, affichera des principes établis en matière d'éthique et de déontologie et se portera garante de l'application de ces principes pour toute structure qui la rejoindra.

La FEALIPS ainsi constituée, **nous mutualiserons** nos compétences et nos expériences, afin d'ouvrir une voie plus large à notre action commune, nous inscrivant ainsi dans une participation active aux enjeux d'une société dont l'évolution déstabilise ceux qui ont besoin d'une aide, non seulement matérielle, mais surtout psychologique et constructrice d'un nouvel avenir.

Eléments pour un argumentaire - Philippe CARETTE, Directeur du centre Popincourt

Ce n'est pas parce qu'aujourd'hui les choses sont plus personnelles, quelles sont pour autant moins sociales, moins politiques, moins institutionnelles. Elles le sont autrement, et c'est cet autrement qu'il s'agit de comprendre ?!

N'assistons-nous pas à une institutionnalisation de l'individu, comme mode d'action ? L'individualisme n'est peut-être pas simplement le repli sur le privé, la victoire de l'égoïsme sur le civisme, mais le résultat d'un processus historique qui a fini par loger l'entière responsabilité de nos vies à l'intérieur de nous-mêmes.

Autrement dit, le sujet de l'action est maintenant dans l'individu tout se passe comme si maintenant sa responsabilité était illimitée.

Dès lors comment parvenir à mettre en place des formes institutionnelles qui soient plus « sécurisantes », alors que justement, le sujet de l'action est en nous, en chacun de nous ?

D'une part, le sujet de l'action est dans l'individu et d'autre part, il a comme une priorité absolue sur son propre corps, ce qui nous donne l'impression de valeurs de « choix total ».

Levi Strauss eut en 1960 à eu une très forte intuition : dans la « Pensée sauvage »¹ il nous dit en substance que « dans notre civilisation, tout se passe comme si chaque individu avait sa personnalité pour totem ». N'assistons nous pas en effet à une « totémisation » de soi, avec évidemment tout l'importance de la question de l'identité.

Ehrenberg dans « La fatigue d'être soi »² démontre l'isolement ou sa forme la plus désespérée, le suicide, malgré les efforts de prévention développés depuis ces 15 dernières années dans différents pays européens, ce phénomène demeure un problème prépondérant de santé publique.

Il révèle la difficulté des sociétés à proposer un véritable avenir à sa jeunesse, à considérer la grande variété des socialités, à lutter contre l'isolement progressant des adultes, à penser le phénomène de l'avancée en âge et de ses populations nouvelles vieillissantes.

L'Europe ne doit pas rester sans réagir face aux questions de posent de tels phénomènes. Depuis de nombreuses années, les professionnels, les associations, les Asbl, les ONG, les pouvoirs publics tentent de trouver une mobilisation pour développer de meilleur prise en charge des suicidants, des familles et de l'entourage lors de la survenue d'un suicide et de montrer leur volonté de s'engager dans de véritables politiques de prévention.

La FEALIPS considère qu'au-delà de la dépressivité sociale vécue par un nombre considérable d'européens, il s'agit de positiver notre approche, de contribuer à donner à chacune et chacun, jeunes

¹ Claude LEVI-STRAUSS La pensée sauvage, éditions PLON 1961

² Alain EHRENBURG la fatigue d'être soi, dépression et société, éditions ODILE JACOB 1998

ou moins jeunes une certaine « envie de la vie »³, le goût de la lutte et du plaisir et devenir ou (re)devenir ainsi acteur de socialité.

C'est dans cette perspective, En changeant de nom l'UNCRR (Union Nationale des Centres Recherche et Rencontres) , cette Union Nationale, reconnue d'utilité publique depuis 1981, s'ouvre à l'Europe. et devient Fédération Européenne « FEALIPS », forte de son expérience et de son expertise associative et nationale.

Proposer une impulsion significative à une mutualisation et rapprochement des structures, de prévention, de soins, de recherche. De développer de nouveaux partenariats avec les différents acteurs ; publics, professionnels, mutualistes, associatifs, élus, tous engagés dans la lutte contre l'isolement et la prévention du suicide, et favoriser les liens entre associations nationales. Contribuer à une collaboration interculturelle et inter régionales et de mettre en valeur les actions des uns et des autres.

Agir contre la gravité du désespoir, lutter contre « le mal d'incertitude »⁴ : tourment propre à la condition humaine qu'il apparaît impérieux de mieux comprendre afin de choisir sa vie et non la subir au point de s'en retirer.

Un débat public est nécessaire sur l'isolement et les solitudes et leurs conséquences notamment le suicide qui compte tenu de leur ampleur actuelle en France et en Europe et plus globalement dans le monde occidental, est en passe de devenir une grande question de société.

En effet, de même que la conquête de la liberté a dominé le XIX siècle et que l'ambition de l'égalité à été l'obsession su XX siècle, la maîtrise de la « SOLITARITE » concept inventé par le Dr Michel HANNOUM (1991)⁵ est certainement celui de notre début de XXI siècle.



³Titre d'une des journées Nationales de prévention de l'UNPS (Union Nationales de Prévention du Suicide) dans les années 2000

⁴ Marie de SOLEMNE le mal d'incertitude avec les voix de :Alain EHREMBERG, Marc LACHIEZE-REY, Gérard ISRAEL,

Malek CHEBEL éditions DERVY 2002.

⁵ Michel HANNOUM Nos solitudes, enquête sur un sentiment collection l'épreuve des faits éditions SEUIL 1989.

Présentation de la stratégie française 2011- 2014 - Pr Jean Pierre Soubrier. Vice président de l'UNPS

L'UNPS manifeste son engagement dans le programme national d'actions contre le suicide

Au cours de ces dernières années, l'UNPS a participé, par l'intermédiaire des représentants de son équipe dirigeante et de plusieurs de ses associations adhérentes, aux commissions et groupes de travail visant à définir les axes prioritaires d'intervention dans le cadre d'une politique de prévention du suicide.

Ce nouveau programme était donc très attendu par les associations. Son contenu répond, dans les grandes lignes, aux aspirations de l'UNPS. Il cible à juste titre différentes populations notamment dans leur milieu de vie, ce qui correspond à une vision très large de la problématique du suicide dans son ensemble et témoigne du souci d'apporter des solutions en termes de prévention.

L'engagement interministériel est à souligner et signifie une mobilisation nouvelle dans ce domaine. L'implication des structures institutionnelles au niveau national et régional permet d'espérer des résultats positifs concrets sur le terrain.

Axe I – développement de la prévention et de la postvention :

Les associations s'inscrivent résolument dans la recherche de qualité et d'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide à tous les âges et dans tous les milieux, ainsi qu'auprès des populations actives qu'elles soient en entreprises ou dans le secteur agricole. Elles sont déjà toutes engagées pour faciliter le recours aux dispositifs d'intervention à distance (téléphonie sociale, réseaux internet, sites et blogs) de même qu'elles interviennent dans la prévention de l'isolement social en portant une attention particulière aux personnes vulnérables (handicap psychique, longues maladies ou situations de fragilité psycho-sociale) ainsi que dans le soutien des familles endeuillées par suicide.

L'intérêt porté sur la communication par internet mérite d'être souligné et l'UNPS accueille favorablement cette mesure à laquelle elle ne manquera pas d'apporter son concours.

Axe II – amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire :

De nouvelles mesures sont prises notamment en ce qui concerne les personnes en situation de précarité, les établissements de santé et la souffrance au travail, notamment dans le cadre de restructurations. Dans cette optique, les associations de l'UNPS souhaitent renforcer leur participation aux réseaux de santé pour faciliter le parcours des patients au sein des dispositifs médico-sociaux et sanitaires existants.

Axe III – information et communication autour de la prévention du suicide :

Les associations se réjouissent que ce programme s'intéresse à la communication du grand public et envisage un soutien aux projets associatifs dans ce domaine. Elles ont déjà des expériences de communication mais de faible portée. Ces nouvelles dispositions permettront de mieux sensibiliser le public à la détresse pouvant déboucher sur un acte suicidaire mais aussi à l'intervention humaine et médicale possible en termes de prévention. La sensibilisation des étudiants journalistes est une approche approuvée par les associations.

Axe IV – Formation des professionnels :

La formation des professionnels dans différents milieux (santé, scolaire, carcéral, travail) est également un des points forts de ce programme. A noter la formation des managers et responsables de santé au travail sur les risques psychosociaux. L'UNPS apportera son concours dans cette démarche essentielle de prévention et d'amélioration du système de management.

Axe V – Etudes et recherche :

Les différentes mesures visant à améliorer l'analyse des données concernant le suicide et les tentatives de suicide en population générale mais aussi dans les milieux du travail et carcéral sont de nature à contribuer à une meilleure connaissance des déterminants des actes suicidaires.

Une prévention efficace doit reposer sur une connaissance approfondie de la problématique suicidaire. La réorganisation des collectes et analyses d'informations multidisciplinaires devrait permettre l'amélioration de la qualité des données et les associations de l'UNPS s'engagent à y contribuer activement.

Axe VI – Suivi et animation du programme d'actions contre le suicide :

Les associations de l'UNPS, présentes sur l'ensemble du territoire national, s'impliqueront dans la mise en oeuvre et le suivi de ce programme en collaboration avec les Agences Régionales de Santé, les structures nationales et en cohérence avec les instances internationales concernées.

Les 37 associations regroupées au sein de l'UNPS qui interviennent depuis plusieurs années sur tout le territoire français, mènent, en fonction de leur objet, de leurs missions et de leurs champs d'intervention, des actions de prévention du suicide au bénéfice des personnes vulnérables et à risque suicidaire. Elles sont l'expression d'une société civile solidaire, agissant au plus près des personnes et dans le respect de la diversité des choix de vie.

L'UNPS trouve sa place dans la réalisation de ce programme et compte se mobiliser en complémentarité des institutions éducatives et soignantes ou autres partenaires.

Créer une équipe dédiée à la recherche de financements européens. - Philippe CARETTE.

Vers des agencements plus collaboratifs : coopérons et mutualisons, forces et moyens.

1. Mettre en place un service mutualisé d'information et de soutien coopérer et mutualiser : un soutien une assistance, une assistance qui puisse être personnalisée

Envisager un service d'accompagnement et de soutien pour faire avancer un projet ou une idée de projet et tenter l'aventure des financements européens.

- **une ressource information et vielle** auprès des banques de données européennes et suivis des programmes cadres, contacts avec les commissaires.
- **Sensibilisation à chaque projet – formation et accompagnement** parcours de sensibilisation adapté à chaque projet ou problématique.
- **Conseil** : élaboration de stratégies institutionnelles et opérationnelles développement de réseaux communautaires et participations aux programmes européens correspondant à l'isolement ou au suicide.

2. Evoluer rapidement vers un service d'Aide, et de soutien, permettant d'accompagner des Recherches de financements à l'Europe

- **L'Elaboration de projet** Identifier les subventions pertinentes, rencontrer les institutions, identifier des partenaires, élaborer un contrat, organiser la préparation de la candidature.
- **La Formalisation d'une candidature:** Monter le budget, rédaction proposition d'évaluation monter un plan de communication, mobiliser les partenaires
- **La Mise en œuvre** Coordonner le projet, développer des outils d'animation élaborer des rapports financiers.

Mise en œuvre

3. Concrètement, à court et moyen termes

- Poursuivre les formations engagées sur le financement européen
- En premier lieu rapatrier la gestion du site internet et notre savoir faire sur la FEALIPS.
- Mettre en place une vielle informatique auprès du conseil européen et de la communauté européenne s'informer
- Et participer à des réunions d'information des manifestations concernant notre domaine
- organiser un secrétariat ad Hoc - bilingue.
- S'appuyer sur les forces logistiques du Centre Popincourt

Développement des CPSi en Europe (Centres de Prévention du Suicide et de l'isolement) - Philippe CARETTE



1. Un peu d'histoire

1948 - création du **Centre de Prévention de Vienne**, adjacent au centre de toxicologie (prévention de la récurrence suicide à l'hôpital).

1950 - CPS Centre Prévention Suicide de Los Angeles. Il sert de modèle pour toutes les créations de Centre en Amérique du nord. Environ 140 centres et un bureau National à Washington.

1950 Emergence en Europe de la prévention du suicide, approche pluridisciplinaire. (Mouvements associatifs, création de Recherche et Rencontres et SOS Amitié, les Samaritains au Royaume Uni)

Premières structures de prévention dans les pays nordiques

Premières structures de prévention dans les pays nordiques

1953 - Chad VARAH organisation des Samaritains naissance de la téléphonie sociale

1969 - Pr Soubrier (Paris) et Pr Vedrinne (Lyon) avec l'aide du Pr PICHOT (Paris) créent le GEPS (Groupe d'Etude Prévention Suicide) Fonctionnera comme une société savante attachée à promouvoir et soutenir la recherche en suicidologie.

GEPS est associé dès le départ à IASP (International Association Suicide Prévention)

les années **1970**

l'essor un peu partout dans le monde de structures, d'associations, de réseaux

- Le déploiement des CPS au Québec dans les différentes régions
- En Belgique Création du CPS à Bruxelles.
- En France développement de centres RetR, essor de la téléphonie sociale etc.

1973 1^{ère} campagne de sensibilisation parrainée par Madame la ministre Simone Veil et mobilisation politique en terme de santé publique. L'association RetR est mobilisée - une brochure est éditée.

1993 Suicide de M. BEREGOVOY

Rapport de Michel Debout du Conseil Economique et Social le 6 juillet 1993 : Le suicide

Le suicide est l'un des grands problèmes de santé publique.

2^{ème} grande étape dans la mise en place sur l'agenda politique pour la prévention du suicide

Une année fondatrice : **1994 congrès organisé par l'Union des Centres Recherche et Rencontres « Isolement, solitude aujourd'hui »** à Lyon, sous le Haut patronage de Simone Veil
Et mobilisation politique en terme de santé publique

1994 Campagne des CPAM (s) pour la prévention du suicide. Priorité nationale du haut comité de santé publique et **adoption d'une méthode de programmation stratégique**, qui deviendra la colonne vertébrale des PRS 1997

1996 création des JNPS Journée Nationale Prévention du Suicide : 1^{er} colloque en 1997

Convergence entre prévention du suicide et promotion de la santé (conférence d'OTTAWA de 1986).

2000 JNPS devient l' UNPS (Union Nationale pour la Prévention du Suicide)



L'association RetR

Après guerre : réflexion sur le célibat, les recherches de familles, l'isolement

1950 - premiers groupes de recherche rassemblant des : chercheurs – personnalités – formateurs

– cliniciens dans les domaines des sciences sociales, médicales qui s'intituleront *groupes de recherche autour de rencontres à thèmes*

1956 - création de l'association « Recherche et Rencontres » qui en fut l'expression.

1958 - création du premier centre à Paris.

1962 - **convention avec la DDASS de la Préfecture de la Seine**, lui permettant ainsi d'être subventionnée et de fonctionner dans le dispositif d'hygiène mentale.

1978- constitution de l'**Union Nationale des Centres Recherche et Rencontres**.

1981- **reconnaissance d'utilité publique**.

2011- l'Union devient **Fédération Européenne des Associations Luttant contre l'isolement et pour la Prévention du Suicide** : La FEALIPS

2. les Missions d'un CPSi : 7 grands axes

Accueil, consultation, orientation

. Différentes offres de thérapies ou de suivis : médecin psychiatre, psychologues, assistants sociaux.

. Travail de groupe : ateliers d'expression

. Clinique de l'entourage, prise en compte de situation familiale, ou d'un entourage proche

. Orientation possible grâce à la connaissance des acteurs de notre espace de travail qui favorise et favorisera des contacts soutenus avec les milieux médicaux et sociaux, institutionnels et associatifs; privé et public.

Coordination et liaison : participer et contribuer à apporter une cohésion et une cohérence dans les réponses mises en œuvre concernant la prévention du suicide et la lutte contre l'isolement.

D'une façon générale, apporter une prévention contre la maladie mentale.

intervention sur les territoires de santé

. Interventions auprès des écoles, lycées,

. Interventions auprès d'organismes tels que la CPAM ou autres organismes sociaux : mairies, etc.

Formation – sensibilisation : intervenants divers (approche multi-référentielle)

Manifestation information grand public structure ressource: soutien à la réalisation de manifestations, d'actions de sensibilisation, expérimentation

Intervention Péri-crise (Philippe CARETTE 2008) et/ou Postvention :

Complémentarités avec les structures hospitalières ou services d'urgence, relai avec les services de crise, le SAMU,

L'après crise : accompagnements institutionnels adaptés.

Etude - Expérimentation et participation à la recherche:

Se maintenir dans une dynamique de recherche, et d'échange sur nos pratiques

Complémentaire au dispositif de soin aux dispositifs sociaux ou médico sociaux, **c'est une réponse pragmatique, utile et nécessaire.**

Un accueil et une prise en charge spécifique individuelle ou groupale d'une population très isolée, dépressive et/ou suicidaire, ayant en général de grandes difficultés à s'adresser à un système de soin classique, refusant la plupart du temps l'approche purement médicalisée.

Une structure qui peut développer des coopérations et des mutualisations entre établissements ou structures médicosociales, favorisant ainsi : une certaine coordination, une continuité de prise en charge et permettre une complémentarité en matière de diversification de prestations :

. **avec les nouveaux territoires de santé (pour la France)** qui ont quelques difficultés à faire face à leur nouvelle organisation et aux réductions budgétaires aux quelles ils sont soumis.

. **avec d'autres structures intersectorielles**, comme les centres de crise, addictologie etc., (liens entre les structures pour enfants ou ados - adultes)

. **avec les structures médicosociales.** (Personnes handicapées appartements thérapeutiques, foyers etc)

. **avec les structures sociales.** (Ex de la prévention de l'isolement du sujet âgé)

Une structure ressource et qui peut utilement collaborer à des actions de recherche et de formation

3. En guise de conclusion

Il nous faudrait :

1. Etablir une Cartographie par régions européennes. (un repérage des régions déficitaires en CPSI ou assimilé)

2. Œuvrer pour une reconnaissance d'un comité européen des CPSi, indépendant de la FEALIPS permettant d'assister et de représenter les CPSi auprès des organismes de tutelles communautaires, nationaux, régionaux ou locaux.



GROUPES DE TRAVAIL

« Il n'y a pas grand-chose de nouveau dans la prévention du suicide, et les recommandations actuelles avec leur prudence habituelle sont à peine étayées par un niveau acceptable de preuves »

Diego de Leo

Souvent la pression émotionnelle et politique des actions est forte, et le mieux qui puisse être proposé dans ce contexte est de coller le plus précisément possible au cadre des mesures édictées

Distinguons 3 points fondamentaux qui pourraient participer à la mise en œuvre d'actions plus incisives sur les comportements suicidaires :

Une révision des mécanismes de financements. De nos jours les financements accordés à la recherche et à l'expérimentation sur le suicide sont mineurs, or si nous voulons progresser, nous avons besoin de davantage de fond. Il nous faut continuer, malgré un contexte de crise et de réduction des dépenses, poursuivre voire d'étendre des financements des régions, des états, comme de la communauté européenne.

Une collaboration avec des personnes issues de disciplines différentes. L'explicitation du suicide ne peut reposer sur une théorie unique, par conséquent, se limiter à un modèle de recherche psychiatrique (ou bien même psychologique, sociologique génétique, etc.) ne peut mener qu'à une lecture très partielle des données et même donner lieu à des erreurs d'interprétation, d'où la nécessité impérative d'équipes de recherches multidisciplinaires, capables de produire des niveaux complémentaires d'investigation.

Une investigation à plusieurs niveaux. Si c'est vrai pour la recherche s'est également vrai pour toutes les actions de prévention, d'action de soutien, ou de soins.

Ils restent pour une bonne part à redévelopper à imaginer (par ex : dans le développement de la psychiatrie sociale ou comme certain aime à l'appeler la thérapie communautaire de revisiter les

pratiques sociales, les pratiques institutionnelles comme ressources ou la dimension collective n'est pas oubliée ou le rapport au social, à l'autre n'est pas absent.

Comme si nous devons repenser des espaces publics de prévention, d'accompagnement et de soins, de lutter pour les conserver, voire de les retrouver. Ne s'amointrissent ils pas, sans désastre apparent du moins pour l'instant ?! Pour laisser place un accroissement d'un privé lucratif ségréatif.

De penser la violence politique et sociale comme problème de santé mentale.



Atelier 1

Art-thérapie et prévention du suicide - Irina Katz - Mazilu

Artiste plasticienne, art-thérapeute, formatrice, superviseur - irinakam@free.fr

Présidente de la Fédération Française des Art-Thérapeutes-FFAT : www.ffat-federation.org

1. Quelques mots sur l'art-thérapie :

Définition de l'art-thérapie par la Fédération Française des Art -Thérapeutes : L'art-thérapie est **une pratique de soins fondée sur l'utilisation du processus de création artistique à des fins thérapeutiques.**

Avec des fondements théoriques appartenant à des champs de savoir multiples: psychologie clinique, psychiatrie, psychanalyse, psychopédagogie, psychothérapie, psychosociologie, philosophie, anthropologie, théorie et histoire de l'art...

Des méthodologies concernant la pratique artistique: techniques artistiques propres à chaque médiation: arts plastiques, musique, arts de la scène (théâtre, danse...), écriture, arts numériques...

Des méthodologies concernant la pratique relationnelle: prises en charge en individuel ou en groupe, transfert/contretransfert, dynamique de groupe, animation...

Et une éthique: pour une profession non-réglémentée telle que l'art-thérapie il est fondamental de définir une déontologie assurant la protection du public ainsi que du professionnel. La fédération a donc élaboré des documents consultables sur son

site :

- le Code de déontologie de la FFAT,
- la procédure d'accréditation des art-thérapeutes et un annuaire en ligne permettant de contacter des art-thérapeutes accrédités, dont la compétence est avérée.
- la procédure de référencement des organismes de formation aptes à assurer la double compétence, artistique et
- relationnelle/thérapeutique de l'art-thérapeute.

La **FFAT** fédère plus de 260 adhérents individuels et associatifs, représentant environ 1000 professionnels sur tout le territoire. Elle est animée par un Conseil d'Administration composé de 12 membres.

Ses objectifs: le développement du statut de la profession, la promotion et la reconnaissance officielle du métier, un appui pour les professionnels, une information et une garantie de qualité pour les usagers (publics, employeurs).

Ses actions: débats, organisation d'un colloque annuel, publications des actes du colloque, Collaborations internationales, recherche, articles dans la presse, interviews...

2. Quelques références théoriques :

L'art-thérapie agit par le faire et par le penser, dans un processus spécifique se déroulant dans le temps (temporisation) et dans l'espace (matérialité/corporalité), accompagnant l'individu de l'agir vers la symbolisation, dans le cadre d'une relation spécifique, faisant fonction de contenant et de stimulant. C'est une approche intégrative et pluridisciplinaire.

Quelques concepts fondamentaux étayant l'art-thérapie :

- Les *phénomènes transitionnels, la créativité primaire, le jeu* (D.W.Winnicott)
- Le *processus de création artistique* (Dr. Anzieu)
- Le concept *de médium malléable* (M. Milner, R. Roussillon):
- La *dynamique de groupe et la diffraction du transfert* (C. Vacheret)
- La *stratégie du détour et la transformation* (J.P.Klein)

1. L'atelier d'art-thérapie au Centre Popincourt

L'atelier d'expression picturale fonctionne depuis 13 ans, au sein du pôle « Ateliers » (cinq ateliers avec différentes médiations et orientations) et en collaboration avec les autres pôles institutionnels (Accueil, Psychologues).

Quelques apports plus spécifiques aux arts plastiques :

- faire trace (Dr S.Tisseron)
- travailler autour du processus de fusion/séparation/individuation (C.G. Jung, théories de l'Attachement...)

Deux volets font la spécificité du Centre Popincourt :

1. Lutte contre l'isolement : être ensemble, exprimer et communiquer, évoluer ;

2. Prévention du suicide : travailler sur le sentiment du vide, du morcellement, de la chute, d'angoisse, du désespoir...

Comment le processus de création artistique peut-il constituer un support pour le processus art-thérapeutique ?

- L'art-thérapeute doit constituer une « **base de sécurité** » (M. Mahler, théories de l'attachement), à laquelle le patient peut s'adosser pour une exploration sensorielle, émotionnelle et cognitive, à partir du matériau offert par la médiation artistique

(visuel, sonore, olfactif, corporel/kinesthésique, verbal, relationnel...);

- Le processus de création est mis au service des objectifs thérapeutiques, la production est un moyen et non pas une fin en soi.

- Chaque étape, avec ses difficultés spécifiques et en rapport avec la problématique et la personnalité du patient, offre la possibilité de cibler des objectifs et de travailler sur une évolution.

- L'étayage théorique est important car il garantit la cohérence et l'éthique de la démarche; donc formation et supervision de l'art-thérapeute sont indispensables.

L'atelier d'art-thérapie offre un support d'assouplissement du fonctionnement psychique intra- et interpersonnel et un étayage psychique global.

Au Centre Popincourt, il s'agit d'un travail en petit groupe, avec une préparation/orientation en amont par les psychologues et une coordination des ateliers par la coordinatrice.

Pour l'accès à l'atelier d'expression picturale, il y a aussi un entretien individuel avec l'art-thérapeute, avant la séance d'essai, pour établir un contact mutuel, préciser la demande du patient et définir les objectifs thérapeutiques. Des entretiens individuels ponctuels peuvent avoir lieu.

Nous accueillons des stagiaires en art-thérapie, dont la présence est mutuellement très fructueuse.

3. Quelques illustrations...

Quelques projections de productions d'atelier avec des commentaires offrent un support d'explicitation du processus art-thérapeutique.

Intérêt des pratiques à médiation - Marielle MAUREL, Psychothérapeute

C'est de ma place de clinicienne au centre Popincourt, que je peux dire l'intérêt d'une expérience, pour un patient, dans un atelier à médiation artistique et culturelle, dans un parcours de soin.

Concrètement comment cela se passe?

Je reçois des patients, soit en entretien ponctuel, soit dans une prise en charge psychothérapeutique, soit dans le cadre de ce que l'on appelle au Centre Popincourt "Réfèrent", c'est à dire des patients qui sont accompagnés pour un traitement médicamenteux, une psychothérapie à l'extérieur du centre, par exemple un autre C.M.P, voire une psychothérapie ou psychanalyse en libéral et qui font une demande à Popincourt d'un atelier à médiation.

Il y a une grande diversité de problématiques subjectives,- des patients qui présentent une dépression plus ou moins grave, avec idées suicidaires , des patients qui ont déjà fait plusieurs TS , et qui viennent à un moment de leur vie particulièrement difficile ,à la suite d'un chômage ,après un licenciement, un divorce, un deuil, une séparation , un départ à la retraite par exemple, situations qui peuvent réactiver des ruptures précédentes , des deuils pathologiques, etc.

Des patients dont les liens avec l'entourage, le social, sont très réduits, des patients en grande difficulté dans leur rapport aux autres, en souffrance et qui demandent une amélioration de leurs symptômes.

Quelque soit le cadre de la demande du patient au centre Popincourt, sa participation à un atelier est toujours élaborée avec son thérapeute.

L'intérêt d'un atelier à médiation artistique et culturelle, associé ou non à une rencontre individuelle avec un thérapeute, est de permettre à un patient de se subjectiver, dans une autre expérience, souvent nouvelle pour lui.

- Participation au processus de symbolisation, autre étayage-
- Découvrir ou redécouvrir des potentialités créatrices, des possibilités à lui même insoupçonnées "un faire», possibilités de "jeu".
- Se " tisse " ou se "retisse"de nouveau un lien avec l'objet crée, et avec les autres patients cela peut permettre une relance de la parole dans les entretiens, une possible élaboration de questions, de découvertes à partir de ce qui émerge dans l'atelier que ce soit à partir de la médiation ou du rapport aux autres.

Une plus grande confiance en soi, une vie psychique plus souple, un mieux-être, peuvent s'installer.

Par exemple : un patient qui par le détour de son expérience d'écriture, dans un atelier dont le thème était " le voyage" en compagnie de peintres ou d'écrivains, a renoué avec son histoire, sa filiation, des questions, des recherches, avec beaucoup de curiosité et d'intérêt, il s'est mis à voyager dans son histoire, et dans les pays de ses ascendants, de nombreux changements sont repérables.

Une autre patiente, dans son cheminement, à travers l'expérience de médiations différentes choisies par elle, s'autorise "à lâcher prise », découvre le plaisir "du jeu» et de potentialités qu'elle n'avait pas expérimentée.

Mais cette expérience, demande à un patient de pouvoir soutenir un rythme, un horaire, en présence d'autres patients, dans un cadre précis, contenant et qui se répète.

Pouvoir aussi "être soi" en présence d'autres sans trop d'inhibitions, de peurs, d'angoisses devant ce qui peut émerger, ou le regard des autres aussi. Ici, les entretiens peuvent permettre un étayage fructueux, de dépasser "ce qui empêche".

Centre de prévention du suicide de BRUXELLES - Stéphanie DEMAERE, directrice du centre

Le suicide

Une approche globale, des actions multiformes

- Une écoute téléphonique, accessible 24h/24, dans l'anonymat, au 0800 32 123,
- Des sensibilisations et formations pour professionnels,
- Des interventions d'information et de postvention dans des institutions suite à un passage à l'acte,
- Un suivi de crise pendant la crise suicidaire et/ou après une tentative de suicide, pour les personnes suicidantes et pour leurs proches,
- Un accompagnement des familles pendant la crise suicidaire et après une tentative de suicide
- Un accompagnement du deuil suite au suicide d'un proche
- Des groupes de parole et des ateliers d'expression,

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Le suicide

Une approche globale, des actions multiformes

- Un centre de documentation ouvert à tous,
- Des journées d'étude,
- Des rencontres grand public,
- Un espace forum sur Internet.
- Des actions nationales et internationales pour la recherche et le développement des connaissances en suicidologie, et plus particulièrement dans le domaine de la prévention.

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Le suicide

L'accueil téléphonique

Un homme existe lorsque sa voix est écoutée 0800/32 123

- Basé sur l'anonymat et le secret du dialogue, ce service apporte une aide psychologique; il constitue une intervention de crise.
- Ce service d'écoute traite également les appels des personnes confrontées « indirectement » au suicide, que ce soit en côtoyant un suicidaire ou en devant faire leur deuil d'un proche qui s'est donné la mort.
- Une soixantaine de bénévoles se relayant 24H/24 assurent l'accueil téléphonique. Ils sont encadrés par une équipe de permanents, psychologues et psychothérapeutes, qui leur dispensent une formation spécifique à l'écoute d'une personne suicidaire.

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Le suicide

La Cellule d'Intervention Psychologique de Crise

Répondre à l'acte suicidaire

- Sa mission est de rencontrer le plus rapidement possible une personne en crise suicidaire et/ou après sa tentative de suicide pour lui proposer un suivi de crise.
- Nos partenaires privilégiés sont les urgences hospitalières ainsi que les intervenants du réseau psycho-médico-social.
- Au terme de ce suivi de crise, si nécessaire, l'intéressé est orienté et accompagné vers le service adapté à ses besoins.
- Le travail de la CIPC a pour finalité de contribuer à la prévention de la récurrence du passage à l'acte suicidaire.

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Le suicide

Formation et sensibilisation

Savoir agir et réagir

- Les modules de sensibilisation :
 - amorcer la réflexion sur le suicide
 - offrir des moyens pour repérer les signes de souffrance, mieux se situer et occuper une place dans la prévention du suicide, reconnaître ses ressources et ses limites
- Sensibilisations et formations « à la carte » pour répondre à des demandes d'associations ou institutions

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Le suicide

Après le suicide d'un proche

Réseau d'Accompagnement du Deuil après Suicide

- Cette structure rassemble des associations et organisations actives dans le domaine du deuil ainsi que des plannings familiaux ayant accepté d'intégrer cette activité au sein des services qu'ils proposent.
- Le Réseau d'Accompagnement au deuil après suicide propose à la personne endeuillée par suicide un large éventail de services d'accompagnement parmi lesquels elle choisira le mieux adapté à ses besoins et attentes.

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

La confrontation au suicide

Un soutien aux personnes et aux organisations

Le Centre de Prévention du Suicide propose à tout qui est confronté à la question du suicide, un soutien individuel et collectif sous forme des services suivants :

- Un temps d'arrêt pour faire le point et penser les interventions avant de les agir, avec toutes les personnes concernées ;
- Des interventions dans des institutions ou entreprises suite à un suicide ou à une tentative de suicide ;
- Des supervisions individuelles ;
- Des supervisions d'équipe ...

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Forum

S'exprimer librement sur Internet

www.preventionsuicide.be

- Ouvert à tous, le forum modéré permet aux participants de s'exprimer et d'échanger librement sur le sujet, sans l'intervention d'animateurs professionnels, laissant ainsi le « groupe » d'internautes trouver une dynamique de soutien qui lui soit propre.
- Cet outil vise avant tout à mettre les utilisateurs en relation les uns avec les autres et à favoriser l'échange, en partant de l'hypothèse que certaines personnes s'adresseront plus facilement à des pairs qu'à des professionnels.
- D'autres forums, thématiques ceux-là, prendront leur place sur le site Internet. Depuis septembre 2008, un forum spécifique à destination des intervenants qui travaillent auprès de personnes âgées a été créé.

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Les Journées de la Prévention du Suicide

Une action de concertation et de sensibilisation générale

Chaque année, le Centre de Prévention du Suicide organise des « Journées de la Prévention du Suicide » autour de deux axes :

- Conduire, avec les acteurs concernés, une réflexion sur l'acte suicidaire et sur l'accompagnement des personnes suicidaires autour de journées d'étude thématiques ;
- Sensibiliser le public à la question du suicide et de sa prévention, notamment par des rencontres avec des professionnels de la prévention autour de questions qui les préoccupent dans leur vécu personnel.

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Des espaces de parole et d'échange

En parler, se questionner, se soutenir

- Pour tout parent, seul ou en couple, le Centre de Prévention du Suicide propose un groupe de parole pour parents d'adolescents confrontés à la problématique du suicide.
- Souvent démunis face aux comportements suicidaires de leur enfant, les parents ont ainsi la possibilité d'échanger, d'offrir et de trouver soutien et pistes de réflexion.
- Groupe encadré par des intervenants du Centre de Prévention du Suicide.

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Le centre de documentation

Un centre de documentation de référence en suicidologie

- Le Centre de Prévention du Suicide dispose d'un Centre de documentation regroupant plusieurs milliers de publications (ouvrages scientifiques ou grand public ; revues thématiques ; articles...) et de réalisations audiovisuelles traitant de la question du suicide.
- Ces milliers d'ouvrages ainsi que ces dossiers thématiques font du Centre de Prévention du Suicide une adresse de référence pour tous ceux qui, particuliers, professionnels, journalistes, étudiants ou chercheurs, s'intéressent à la question du suicide.

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Projets 2012

Perspectives 2012: Mise en route du partenariat avec les médecins généralistes – Sensibilisation des directions d'établissements scolaires – Recherche pilote en matière d'accompagnement et de soutien aux familles de patients suicidaires.

- Afin de favoriser un partenariat avec les services médicaux de 1^{ère} ligne (médecins généralistes mais aussi services d'urgence des hôpitaux notamment), développement d'une plaquette spécifique en lien avec la C.I.P.C.
- Recherche pilote en vue du développement d'un service de soutien spécifique aux familles et proches de patients suicidaires
- Sensibilisation spécifique des directions d'établissements scolaires en matière de prévention et postvention

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

CONTACTS :

Pour toutes informations complémentaires,

Centre de Prévention du Suicide
Avenue Winston Churchill 108
1180 BRUXELLES

Téléphone : 02/650.08.69

Fax : 02/640.65.92

Courriel : cps@preventionsuicide.be

Site : www.preventionsuicide.be

Merci de votre attention...

**L'INTERET DE PARTENARIATS EUROPEENS POUR LES
MANIFESTATIONS DE PREVENTION ET DE SENSIBILISATION :
RECHERCHE ET ACTEURS DE TERRAIN : comment intégrer les acteurs
de terrain à la recherche et réciproquement - Jean Yves TROMEUR,
responsable de l'unité de psychothérapie de COLOMBES (Haute de
seine), France**

Il s'agit de relater une manifestation organisée à Colombes, hauts de Seine à l'occasion de la Journée Mondiale de Prévention du Suicide (10 septembre) :

- L'exposition VIVRE ?! présentée sur deux jours les 5 et 6 septembre et la projection d'un film dans le cycle des « Films – débats » du centre Popincourt
- La « construction de l'évènement »
- Le déroulement et ce qui s'est passé
- Les effets en après-coup
- L'intérêt des partenariats européens.

La construction de l'évènement :

- Saisir l'opportunité d'une exposition réalisée par une équipe belge, le Centre de Prévention du Suicide de Bruxelles pour réagir à la Journée Mondiale de Prévention du Suicide
- Des relations initiées et entretenues localement : une sensibilité à la prévention du mal-être du Service prévention santé de la Ville de Colombes

Concrètement

Pour la ville de Colombes :

- Le service Prévention et la Ville de Colombes se sont associés à cet évènement

- Mise à disposition d'une salle pour l'exposition
- Prise en charge de la location de la salle de cinéma pour la projection du film
- Réalisation communication : cartons, affiches, invitations, mailing papier et mails, campagne affichage sur la ville, article journaux de la ville, couverture médiatique de l'évènement, mobilisation des professionnels du service prévention santé sur les 2 jours
- Documentation sur l'exposition : Guide sur la dépression

Pour le CPS de Bruxelles :

- Mise à disposition gratuite de l'exposition les 5 et 6 septembre
- Mise à disposition de BD
- Mise à disposition de brochures

Pour le Centre Popincourt

- Transport exposition
- Aide à l'installation et au démontage
- Présence d'une stagiaire sur les 2 jours

Pour Entr'actes :

- Négociation de l'évènement
- Aspect organisationnel (installation de l'expo, accueil, démontage,...)
- Présence, accueil, accompagnement sur le temps de l'exposition
- Animation de la soirée film-débat « La petite chambre »

Déroulement de l'Exposition :

Environ 80 personnes de toute origine, toute condition, grand public, professionnels, élus

Environ 50 personnes sur le film – débat

- Un public large et varié intéressé, touché et questionnant : des scolaires, des jeunes, des adultes, des représentants d'association, des professionnels sociaux et médicaux, des élus ;
- Des élus, notamment le Maire de Colombes, qui ont pris le temps de considérer des
- La découverte par des élus et des professionnels de données relatives aux tentatives de suicide ou décès par suicide, notamment les décès par suicide des personnes âgées (courbe des taux de suicide par exemple) ;
- L'intérêt pour les indications concernant les représentations, les comportements à adopter.
- Grandes résonances avec l'actualité de certains services représentés : une personne âgée décédée par suicide 3 jours auparavant ; des situations de jeunes en mal-être pour des assistants sociaux scolaires ; une militante socialiste très impliquée dans la vie politique et sociale décédée par suicide il y a quelques temps,
- De nombreux échos avec des besoins de certains services : formation ou sensibilisation à la prévention du mal-être pour des professionnels de services de soins à domicile ;
- La découverte de situations vécues par des personnes avec qui nous pouvons collaborer sur d'autres domaines ;
- Des intervenants couvrant l'exposition pour la ville de Colombes dont une amie est décédée par suicide archboutée sur sa position « On ne peut pas prévoir ».
- Des appréciations très positives de l'exposition, des témoignages des auteurs, de sa qualité ; de l'approche originale de ce sujet ;
- L'intérêt que l'équipe a pu trouver à travailler sur ce projet et sa réalisation.

Des messages que l'exposition porte ont été, nous semble-t-il, reçus :

- le suicide et sa prévention nous concerne tous
- le suicide n'est pas une fatalité et qu'on peut en parler au-delà des idées reçues

- l'exposition a suscité échanges et débats, et une certaine élaboration de la complexité de ce phénomène, de la mesure des approches pluridisciplinaires et des causes plurifactorielles.

Effets de la manifestation

1. La dynamique générée au niveau de notre équipe
2. L'expérience fait modèle pour d'autres acteurs locaux : deux rencontres-débat ont été organisés dans les deux mois qui ont suivi cette soirée : La domination masculine, Le sens de l'âge.
3. Des sollicitations nous sont parvenues pour intervenir, animer des rencontres thématiques
4. L'identification d'Entr'actes comme structure ressource, ouverte sur son environnement au-delà du local, inscrite dans un réseau national et européen, en capacité de mobiliser des acteurs de qualité sur des questions de santé mentale, du lien social, ...
5. Des ouvertures avec la Ville de Colombes pour les Journées Nationales de Prévention du Suicide

Intérêt des partenariats européens

- Pouvoir utiliser des outils de prévention et de sensibilisation ; élargir la palette des outils ;
- Mutualiser les outils et les ressources ;
- Echanger les expériences, pratiques, dispositifs, élargir les points de vue, stimuler la créativité, et aussi conforter des conceptions et des pratiques
- Apporter une reconnaissance qui contribue à être mieux et plus entendu.
- Prolonger les échanges et les contributions, ouvrir et s'ouvrir aux autres.

Nous avons trouvé des soutiens associatifs (CPS Bruxelles, Centre Popincourt, Les Couleurs de la Vie, ...) et locaux (Ville de Colombes, Service Prévention Santé, ...) ou de Réseau (ARES) qui ont permis à cette manifestation d'exister. Nos remerciements.

Nous sommes étonnés de ne pas avoir trouvé les mêmes appuis auprès de l'ARS prévention Ile de France surtout qu'auparavant l'ARS avait été soutenue un certain nombre d'actions.

Références :

- Centre Popincourt, Paris
- Réseau ARES, Gennevilliers
- Les Couleurs de la Vie Colombes
- Centre de Prévention du Suicide, Bruxelles : plaquettes, BD « Vivre ? »
- Service Prévention Santé Ville de Colombes

- Films : « La petite chambre » ; témoignages des dessinateurs de BD sur leur réalisation
- Film débats : « La domination masculine », « Le sens de l'âge »

- Mémento « Prévention suicide : chiffres, crise suicidaire, recommandations, mode d'intervention, le deuil, les personnes âgées », Marine BONFILS, Unité de Psychothérapie Entr'actes.

- www.infosuicide.org
- Documentation relative au mal-être et à la dépression.

Partenariat INSERM U897 (Bordeaux)/Unité de psychothérapie Entr'actes Colombes (92) Pour deux études-actions, réalisées en 2010, relatives à la prévention du suicide dans la police nationale et des personnels pénitentiaires - Marine BONFILS, psychologue clinicienne unité de psychothérapie

***Nota:** Pour des clauses de confidentialité, je ne parlerai que de l'étude-action menée dans la Police Nationale*

Mais les deux expériences sont similaires.

Rappel du cadre

Le Ministère de l'Intérieur a lancé un appel d'offre relatif à la prévention du suicide dans la Police Nationale, face au fort taux de mortalité par suicide dans cette profession.

L'équipe Prévention et Prise en Charge des Traumatismes du centre INSERM U897 à Bordeaux y a répondu et a été retenue pour effectuer ce travail de recherche dont les objectifs étaient:

- comparer les données de mortalité avec celles de la population générale et avec celles de professions "similaires";
- identifier les facteurs personnels et professionnels associés au suicide;
- décrire les dispositifs institutionnels et les mécanismes informels de réponse au risque suicidaire;
- faire un bilan des modalités de prise en charge;
- proposer des stratégies pour le dépistage, la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires.

Cette étude-action s'est déroulée en **3 phases**:

1- Dépouillement des données statistiques disponibles, les plus récentes concernant les suicides dans la Police Nationale.

2- Réalisation d'autopsies psychologiques relatives aux 50 derniers cas de suicides de la Police Nationale sur 2008.

3- Réalisation d'une série d'entretiens qualitatifs auprès de l'ensemble des acteurs clés de la Police Nationale (environ 30 personnes). Décrire les connaissances des représentations et perceptions du suicide.

Entretiens semi-directifs et grilles.

Recrutement

Pour la deuxième phase, celle des autopsies psychologiques, l'équipe a recruté des enquêteurs formés à la psychologie, aux problèmes de santé mentale et aux problématiques sociales. C'est dans ce cadre que je suis intervenue : je suis psychologue clinicienne, psychothérapeute, formée à la thérapie brève et systémique. J'interviens dans une Unité de Psychothérapie, auprès d'un public (enfants et

adultes) en difficultés psychosociales et suis sensibilisée aux thématiques de lutte contre l'isolement et pour la prévention du suicide.

Nous sommes alors trois psychologues françaises à bénéficier d'un complément de formation sur le processus suicidaire, la problématique de deuil et sur la méthodologie de cette étude-action: la réalisation d'autopsies psychologiques (conduite d'entretiens, échelles d'évaluation et trajectoire de vie). Formation dispensée par le quatrième enquêteur, un professionnel québécois qui a travaillé avec Monique Séguin et Brian Mishara.

***Nota:** A ce jour, nous ne sommes que trois à être formées en France et à avoir participé à la réalisation d'un tel travail de recherche sur autant de cas!*

Autopsie psychologique: comprendre l'acte suicidaire

C'est une méthode développée pour étudier l'ensemble des facteurs psychologiques impliqués dans la survenue du décès.

L'objectif est d'établir une biographie médico-psychologique permettant de comprendre tant les circonstances que l'état d'esprit de la victime au moment de son acte.

C'est une reconstitution du style de vie, des comportements et des événements vécus par l'individu.

C'est une analyse rétrospective avec une dimension spéculative probabiliste.

C'est faire le lien entre la survenue d'événements et l'acte suicidaire et comprendre les comportements qui ont précédé le passage à l'acte.

Cette technique s'appuie sur le recueil d'informations dans l'entourage du défunt et nécessite l'utilisation de plusieurs échelles d'évaluations standardisées qui permettent de tenir compte de la subjectivité et la fiabilité des données collectées.

Méthodologie retenue par l'équipe (entretiens de 2 à 3h)

- Interroger plusieurs personnes de l'entourage : famille, collègue proche, supérieur hiérarchique, partenaires sociaux, milieu du soin (médecin, psychologue...)
- Caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques, intégration sociale, événements de vie, utilisation des services de santé (questionnaire conçu par les chercheurs)
- Particularité du décès (circonstances, méthode, préméditation)
- Diagnostics psychiatriques probables (CIDI - Critères du DSM-IV)
- Caractéristiques psychologiques (échelle de personnalité IPDE)
- Le stress au travail (Spielberger, 1981)
- Impulsivité, agressivité (Barratt Impulsivemess Scale et Browm-Goodwin Agression Scale)
- Trajectoires de vie (outil développé par Dr Séguin)
- Données recueillies de manière standardisée

Ces entretiens étaient complétés par une synthèse dégageant les principales caractéristiques cliniques de chaque cas, dossiers qui ont ensuite été évalués par un groupe d'experts chargés de classe.

Résultats (80% des cas réalisés dans la police)

- Tous les fonctionnaires ayant mis fin à leurs jours présentait les signes d'une détresse psychologique.

- A l'exception d'un cas, les symptômes présentés permettaient d'établir un diagnostic de trouble psychiatrique (dépression +++).
- Les facteurs de vulnérabilité les plus souvent représentés concernaient la sphère affective et celle des relations avec les parents.
- Les facteurs de vulnérabilité de la sphère professionnelle étaient également représentés, mais dans une moindre mesure. Dans un tiers des cas, la vie professionnelle avait contribué (13% "beaucoup", 23% "modérément") au passage à l'acte suicidaire.
- Mais ces deux sphères, personnelle et professionnelle, étaient également source de facteurs de protections.
- Quatre trajectoires de vie différentes conduisant à un acte suicidaire sont identifiées: pas de profil unique.
- Ces résultats confirment la nécessité d'une vigilance pluridisciplinaire, du dépistage à la prise en charge.
- Pour un groupe important des cas, l'arme de service est utilisée de manière impulsive, par des hommes, suite à un événement de vie isolé. Contrairement à ce qui est observé dans les autres groupes, la sphère professionnelle occupe une place importante et l'accès au moyen léthal est vraisemblablement déterminant.

Ethique

C'est un outil très pertinent pour la prévention du suicide (+ intérêt pour la pratique médico-légale et la recherche) mais il est à appliquer avec précaution en respectant les bonnes pratiques éthiques:

- Respecter la mémoire du défunt.
- Respecter et prendre soin de la personne interrogée : confidentialité, volontariat, droit d'accès aux données et vérifications, contact par courrier préalable, période de deuil en deçà de laquelle le contact avec les proches n'est pas envisageable (4 semaines), prise en compte de leurs réactions dans les protocoles de recherche, contact à 3 jours.
- Respecter et prendre soin de l'enquêteur : importance qu'il soit psychologue (formé à repérer la détresse psychologique des informants, avec orientation possible), nécessité d'une supervision par une personne indépendante au protocole de recherche.

Réflexions

- Encore de nombreuses réticences et critiques en France, alors que cette technique œuvre depuis plus de 10 ans au Canada et aux Etats-Unis.
- Peut-on interroger des personnes endeuillées sans réveiller un traumatisme ? Or, il peut y avoir un retentissement psychologique positif, une dimension de postvention à l'autopsie psychologique.
- Etude de Monique Séguin en 2010 : les informants, 12 mois après, ne regrettent pas, recommenceraient et encourageraient leur entourage à participer à une telle enquête.
- Peut-on utiliser des outils standardisés dans les domaines de la santé mentale?
- Encore besoin de travaux de méthodologie pour déterminer les outils les plus appropriés et les stratégies d'investigations optimales.

Conclusion

Cet exemple illustre comment mes compétences de clinicienne, de psychologue sur le terrain ont été utilisées dans le cadre d'une recherche (partenariat acteurs de terrain / chercheurs).

Aujourd'hui nous disposons d'un outil qui a fait ses preuves outre atlantique et qui doit être utilisé avec prudence et par des professionnels formés.

Des institutions reconnues ont eu recours aux autopsies psychologiques et disposent aujourd'hui d'une liste de recommandations dans le champ de la prévention du suicide dans leur secteur d'activité.

Elles peuvent faire appel à nous, professionnels, associations, bénévoles compétents dans ce domaine pour encadrer, former, soutenir, écouter, recevoir leurs usagers (policiers, personnels de prison...) et entourer.

Atelier 2

INTERVENTION DE YVES BAISE d'ACCORD'AGE NORD- PAS- DE- CALAIS

► **Une pyramide des âges significative :**

Données locales INSEE = Hausse prévisionnelle des + de 60 ans dans le Nord-Pas-de-Calais entre **2000 et 2030** de 723 000 à 1 100 000 soit + **53%**. Cette hausse concernerait essentiellement les 75 à 84 ans (effet du baby-boom). En 2030, il y aurait 163 000 femmes de plus que d'hommes (*un nombre de femmes seules plus élevé qu'au plan national + 4 points et donc avec un besoin d'aide extérieure plus important quand la dépendance survient*).

Les deux tiers des séniors de + de 65 ans sont propriétaires sachant que le ménage n'est plus composé que d'une personne à 47% de 65 à 75 ans, 62% de 75 à 85 ans et 83% pour les plus de 85 ans.

► **Une volonté clairement affichée des personnes vieillissantes : ne pas rentrer en institution et rester le plus longtemps possible chez soi.**

► **Des expériences d'habitat groupé qui, pour la plupart, balbutient mais qui ont l'intérêt de s'inscrire dans une triple dimension :**

- **Un modèle économique** pouvant s'adosser à des fonds publics mais relevant toujours en partie du secteur marchand (ex : loyer, vente de prestations ...) et non marchand (cotisations, dons...)

- **Une démarche citoyenne** qui se démarque de l'image du vieillissement réduite à un risque sanitaire et social (ex : appropriation de son logement conjugué à la gestion d'espace collectif à vocation d'animation du quartier)

« L'habitat groupé : une insertion dynamique dans les géographies à dimension de quartier ou de village, une petite taille, la combinaison d'un chez-soi intimiste et du chez-nous sécuritaire, la responsabilisation des habitants et des entourages familial et professionnel et leur articulation autour d'un projet de vie » Carlson. A

- **Une solidarité entre habitants** venant « relayer la solidarité redistributive et impersonnelle mis en œuvre par un Etat Providence à bout de souffle » (une solidarité pouvant mieux gérer les handicaps progressifs dus à l'âge et autorisant un maintien à domicile le plus prolongé possible)

« Les personnes doivent s'organiser entre elles afin d'inventer un mode de vie propre à leur groupe tout en utilisant au mieux les potentialités de chacun » Ledent.D

1. Une carence en ingénierie.

Donner une chance aux porteurs d'aspirations à des fins de vie différentes de matérialiser leur projet en leur apportant une méthodologie.

►Création d'un service d'ingénierie mutualisé sous la forme d'une association

« ACCORD'AGE »

Composée de militants, de professionnels et des habitants.

Les missions du service :

- Aide à l'installation et au pilotage de comités d'habitants
Inscription des stratégies dans les plans locaux de l'habitat (PLH) et en phase avec les communes et leur CCAS.
- Aide à la conception du projet
Support procédurier (cahier des charges du bâti, statuts juridico-administratif et financier...)
- Mise en relation avec les partenaires institutionnels et techniques
- Aide à l'apprentissage du collectif
Préserver l'unité du groupe en prévenant et traitant les conflits
Participation des habitants à l'organe de gestion du service d'ingénierie
- Mise en place d'outils de communication
Création à terme d'un « **pôle ressources** » à objectif de mutualisation des acquis avec guide méthodologique sur l'habitat groupé, visites d'expériences et création d'évènements.

► Une expérimentation

- Sur arrondissement de LILLE, en étroite coopération avec communes
- Capacité d'accueil : 15 logements pour isolés ou couples adhérents à un cadre de vie conjuguant vie privative et collective.
- Avec personnes âgées encore autonomes et éventail d'âges suffisamment large pour la continuité du projet
- Des ressources mensuelles n'excédant pas les 2 000€.
- Un essai de mixité intergénérationnelle
- Un statut de locataire tant pour le logement privatif que pour les locaux collectifs
- Une mobilisation sur la structuration du premier comité :
 - Modalités d'expression des futurs habitants sur le projet architectural (appropriation collective de l'espace, nature des équipements, localisation...)
 - Modalités de sélection des résidents
 - Elaboration d'une charte/règlement intérieur
 - Définition des missions de gestion/maintenance des espaces collectifs
 - Définition des missions d'animation tournée vers les résidents et vers le quartier
 - Répartition des compétences et attributions entre comité et organe de gestion du service d'ingénierie



Ce n'est vraiment que 6 mois avant le décès de ma mère que je me suis aperçu que ses enfants n'avaient pas vraiment assuré pour l'accompagner dignement jusqu'à la mort.

Je venais d'arrêter mon activité professionnelle et son corollaire : la course contre le temps ! Et bien que directeur d'établissement social et diplômé de l'ex Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, je n'ai pas pris le temps d'aider ma mère à préparer cette phase ultime de la vie. Elle a finalement atterri en EPHAD, y a vécu pendant plus de 2 ans et, après une seconde fracture du fémur, elle est décédée des suites de l'opération. Seule consolation : avant d'entrer en institution, elle avait vécu 97 ans à domicile.

Mais son vœu le plus cher était de demeurer chez elle jusqu'au bout !

Si j'introduis mon intervention par ces données personnelles, c'est avant tout pour rappeler que la majorité de nos concitoyens souhaite habiter un lieu à vivre mais aussi à mourir. Mais pour atteindre cet objectif, aussi justifié soit-il, combien d'obstacles à lever ?

1. Comment rester chez soi malgré la dépendance et tout en n'étant pas une charge pour ses enfants ?
2. Comment vieillir en conservant une vie sociale et en restant acteur de son mode de vie et de son avenir ?
3. Avec des revenus peu élevés comment supporter les coûts liés à l'habitat (ex : entretien et adaptation du logement) et aux services à la personne ? **600 000 personnes âgées vivent aujourd'hui avec une allocation de solidarité de 628 euros mensuels !**
4. Pour certaines personnes comment gérer son isolement et sa solitude sans appui familial (migration des enfants, liens distendus) **Lors du drame de la canicule en 2003, des corps de personnes âgées décédées ne furent jamais réclamés !**
5. Comment s'assurer une sécurité dans un lieu protégé. Ce qui interroge non seulement les dangers de la maison d'origine (ex : escalier, gazinière...) mais aussi de l'environnement considéré à tort ou à raison comme hostile. A cet égard force est de constater que notre société reste toujours très marquée par une forte ségrégation spatiale entre les

âges : peu d'espaces intergénérationnels et une propension autant des jeunes que des personnes âgées à s'éviter dans les espaces publics et à se retrouver entre soi.

Cl Les réponses à ces interrogations ne s'imposent pas naturellement autant dans notre approche individuelle du vieillissement que dans notre système de vie sociale.

Les séniors de 60 à 70 ans, par exemple, sont en pleine possession de leurs moyens physiques et psychiques et sont dans une phase de leur vie **cl** où l'âge « subjectif », c'est-à-dire ressenti, devient bien souvent largement inférieur à l'âge chronologique. Comment, dès lors, peuvent-ils anticiper sur une dégradation de leurs capacités qui, dans les décennies suivantes, peuvent les conduire jusqu'à un état de dépendance?

Cl Les politiques publiques ne favorisent pas non plus la posture de citoyen à part entière, par laquelle la personne vieillissante devrait pouvoir disposer d'une véritable liberté de choix de son logement, quelque soit son état de santé ou ses handicaps.

Cl Le rapport Muriel BOULMIER de 2009 intitulé « *L'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique* » le souligne d'ailleurs très justement : « *le champ de l'accompagnement du vieillissement et de la prévention doit être distingué de l'approche traditionnelle sanitaire et sociale de la vieillesse qui est, en terme de protection sociale, classée comme risque* ».

Mais c'est aussi par une révolution culturelle du législateur et de nos administrations que nous pourrions espérer faire évoluer la vision de la sénescence encore trop assimilée à une maladie par la Puissance Publique ou à une valeur marchande pour les entreprises privées.

Dans le même rapport BOULMIER, l'accent est aussi porté sur l'exigence de décloisonnement de nos institutions.

cl « *Une approche transversale, coordonnée, des politiques publiques, notamment entre sanitaire et social (qui nécessite agrément et contribution publique) et habitat (qui veille à l'adaptation des espaces de vie aux besoins générationnels) doit donc être affirmée.* »

cl Et pourtant c'est dans ce contexte peu porteur qu'éclosent ici ou là dans notre pays de plus en plus d'expériences d'habitat alternatif ou participatif. Elles s'identifient souvent sous la terminologie d'**Habitat Groupé** désigné aussi sous d'autres termes génériques comme « Co-housing » « Co-voisinage » ou encore « Co-habitat » et elles s'ouvrent de plus en plus souvent sur des valeurs écologiques, autant sur la conception de l'habitat (panneaux solaires, matériaux sains...) que sur les modes de vie (gestion des déchets, achats groupés, échanges de services entre voisins).

Le gérontologue Alexandre CARLSON en donne une définition pertinente :

« *L'habitat groupé : une insertion dynamique dans les géographies à dimension de quartier ou de village, une petite taille, la combinaison d'un chez-soi intimiste et du chez-nous sécuritaire, la responsabilisation des habitants et des entourages familial et professionnel et leur articulation autour d'un projet de vie* ».

Ces mouvements, nés il y a quelques décennies de l'héritage de « Mai 68 » et de l'habitat communautaire des années 70, regroupent essentiellement des ménages plus jeunes, mais ils font maintenant des émules auprès des porteurs de projet plus âgés.

En voici une présentation succincte :

►L'habitat groupé n'est pas un nouveau lieu institutionnel et encore moins un espace communautaire.

►Ce n'est pas non plus uniquement un logement.

CI ►En fait, cet habitat entièrement conçu par les habitants s'articule sur la base **ci** d'un projet de vie commun favorisant la communication entre eux, tout en préservant leur plus grande autonomie.

CI ►C'est une action volontariste (qui, dans le parcours résidentiel des personnes, peut d'ailleurs être l'étape ultime) et une action qui s'inscrit dans le temps, celui de la structuration du groupe, de la cooptation de nouveaux membres, de règles internes de vie, d'organisation des espaces.

CI ►Ces espaces comprennent donc les parties privatives (le chez-soi) les parties collectives (couloirs, paliers, éventuellement espace vert) et un espace d'animation tournée vers les habitants mais aussi vers le quartier, avec dans certains cas l'ambition de créer un véritable pôle de vie.

CI Que ce soit au cours de la phase d'élaboration architecturale avec maître d'ouvrage et maître d'œuvre ou ensuite dans la gestion quotidienne du site, 3 objectifs restent constants :

1. **CI Vieillir en refusant le modèle sociétal dominant de l'individualisme à outrance, en restant acteur de son mode de vie et en évitant toute entrée en institution.**

2. **CI S'organiser entre habitants afin d'inventer un mode de vie propre à leur groupe.** Leur structuration passe toujours par la création d'un comité d'habitants, sous forme associative, ce qui sous-tend l'adhésion, dès l'entrée, à une charte et règlement intérieur. Cette instance négocie, pour la conception et la construction des bâtiments, le cahier des charges avec le maître d'ouvrage et architecte, elle prend en charge la sélection des entrants, la gestion et la maintenance des espaces collectifs (modalités d'entretien comme nettoyage, petites réparations, suivi de contrats de fournisseur d'énergie...). Elle peut aussi négocier avec des partenaires institutionnels comme les services d'aide à la personne, des tarifs de prestation préférentiels au nom d'économies d'échelle.

3. **CI Lutter contre le repli sur soi en se sentant encore utile socialement et tout en valorisant certaines compétences antérieures.** Dans ce registre, il est possible d'aller au-delà des gestes de solidarité au quotidien entre voisins, en instaurant par exemple des échanges de services intergénérationnels (exemple : garde d'enfants ou aide aux devoirs contre petites réparations) et en veillant à ce que la gestion pleine et entière de l'espace d'animation soit assurée par les habitants eux-mêmes.

CI A qui s'adressent ces projets ?

En se référant par exemple à des projets comme les BABAYAGAS à Montreuil, LO PARATAGE dans le Périgord ou encore Habitat Groupé Séniors à Villeneuve d'Ascq, nous constatons qu'ils ont tous au moins un dénominateur commun : **leurs instigateurs et leurs bénéficiaires sont tous issus des classes moyennes.**

CI Un de mes challenges est de tenter d'assurer une mixité sociale et une hétérogénéité de classes socioprofessionnelles. Il est indispensable de préserver les potentialités apportées par des habitants qui, à l'aune d'une vie professionnelle, sont susceptibles de mobiliser immédiatement des compétences ou des les réactiver au fil de la conduite du projet (exemple:

enseignant à la retraite). Mais il me semble tout aussi important d'associer des personnes qui n'ont pas le même bagage intellectuel et qui n'ont pas les mêmes capacités contributives; sans tomber dans l'angélisme qui occulterait le besoin de réunir aussi un minimum de degré de cohérence et de consensus social et culturel entre les habitants, gage d'une appropriation collective du projet.

CI Je ne conçois pas qu'au travers de ce type de projet, nous ne nous efforcerions pas à jouer la carte de la solidarité entre des retraités encore nantis et ceux qui, toujours plus nombreux, souffriront de faibles revenus liés notamment à des trajectoires professionnelles perturbées.

Pour rappel les différences de niveaux de vie sont encore plus marquées chez les retraités que chez les personnes en âge de travailler, **alors que le rapport entre les 10% les plus riches et 10% les plus pauvres dépasse à peine 3 chez les actifs occupés, il atteint 3,25 chez les retraités où l'échelle des revenus est plus ample.**

CI C'est dans son **rapport du mal logement 2009** que la **Fondation Abbé Pierre** a aussi zoomé sur cette catégorie de personnes âgées *» dont les parcours de vie ont été chaotiques, marqués par la précarité et par divers traumatismes et que l'on retrouve aujourd'hui dans les formes d'habitat inadaptées, dans l'insalubrité et le dénuement.*

CI *Situation d'autant plus préoccupante que les ressources, aussi bien sociales qu'économiques dont disposent les personnes âgées, sont étroitement liées entre elles.*

En effet les personnes âgées disposant de ressources économiques suffisantes dont elles font « profiter » leurs proches sont aussi celles qui bénéficient en retour de témoignages affectifs importants et d'une plus grande solidarité intergénérationnelle.

CL *A l'inverse, les plus démunis cumulent les handicaps, l'isolement social et familial... jusqu'à susciter parfois un décrochage complet.*

La situation de ces vieillards, qui abandonnent toute considération pour leur lieu de vie comme pour eux-mêmes et qui s'accoutument à vivre dans des conditions indignes et dans une totale réclusion, livre une image crue de ce que peut produire le vieillissement quand il vient s'ajouter à la pauvreté et à la solitude » ».

CI N'y a-t-il pas sur ce segment de public à s'interroger aussi sur l'intérêt de mise en place de démarches préventives, bien en amont de toute forme de déchéance et génératrices de liens sociaux durables ?

CI Par ailleurs, dans ces dossiers, la multiplicité des questions à traiter et leur complexité nécessitent une approche pluridisciplinaire et justifie pleinement la mise en place d'un accompagnement des habitants, sans quoi les risques d'avortement des projets persisteront.

Et un accompagnement hautement performant, de telle façon à ce que les habitants gardent entièrement la maîtrise du projet, de la conception à sa réalisation !

Ce **service d'ingénierie** doit se doter d'un staff qualifié, composé d'un chargé de projet capable d'accompagner des projets collectifs complexes en maîtrisant autant les aspects éthiques que stratégiques et méthodologiques et en ayant aussi une fibre sociale largement développée compte tenu de la mixité de publics.

Il doit pouvoir s'entourer ponctuellement de consultants spécialisés comme un juriste, un gérontologue ...

CI Nous distinguons 3 missions principales :

CI ► L'émergence des besoins :

Si nos prestations peuvent répondre à un groupe déjà constitué et en demande d'accompagnement, il n'est pas exclu que nous offrions à des institutions (collectivités locales /CCAS/CLIC, organismes sociaux et médico-sociaux...) un outil de mise en relation entre l'offre et la demande. Outil prévoyant un support de communication avec le public et les partenaires potentiels (plate-forme web, conférences...) et un support de recueil des besoins de la population locale (sous forme d'interviews par exemple).

CI ► La formation des habitants :

Objectifs : avoir en main tous les outils et acquérir toutes les aptitudes pour rédiger leur projet

Nous prévoyons l'organisation d'un cycle de 3 ateliers répartis sur 3 jours et abordant successivement :

CI • Les valeurs et l'organisation du groupe (apporter une culture générale de l'habitat groupé, initiation à la rédaction de charte/règlement intérieur, présentation des processus de décision équitables et participatifs, techniques d'animation de réunion, mise en place d'outils de communication extérieure...)

cl • La présentation des différents montages juridiques et financiers .L'inscription dans les valeurs de l'Economie Sociale et Solidaire sera toujours recherchée au travers notamment d'entité juridique telle que la société coopérative qui autorise un statut de propriétaire mais aussi de locataire, détenteur de parts sociales, mais sans revente et transmission par héritage en dehors de la coopérative.

CI • La définition de stratégies entre maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre et maîtrise d'usage et de stratégies pour faire vivre la mixité sociale (quelle pluralité de statuts d'occupation et que veut-on mettre concrètement en partage ?).

Après cette phase de gestion de projet devant conduire à sa rédaction, nous proposons au groupe, et c'est notre troisième mission :

CI ► une phase d'accompagnement à sa mise en œuvre en facilitant la communication avec les partenaires institutionnels et en cherchant à créer des synergies avec d'autres expériences et réseaux (prestation assurée sur 6 mois maximum).A cet égard nous envisageons de créer un véritable « **pôle ressources** » où mutualisation des expériences /études à l'échelle européenne pourrait être établie, en lien avec des organismes comme Habitat et Participation à Louvain La Neuve en Belgique, précurseur en la matière.

CI Le coaching de ce type de projet est pour l'instant essentiellement à la charge des habitants qui doivent, par conséquent, en inclure le coût dans leur plan d'investissement. Ce qui a, bien sûr, pour effet d'accroître le prix de sortie au M2 et donc les mensualités d'emprunt ou de loyer.

Il ne serait pas choquant d'obtenir des financements publics pour couvrir, au moins partiellement, cette mission d'accompagnement. La montée en charge des besoins des personnes âgées et la prise en compte de leur diversité sont des enjeux majeurs dans les décennies prochaines pour nos élus politiques. Encore faut-il qu'ils aient conscience que les seniors, tant par leur nombre que par leur faible taux d'abstention, sont maintenant une composante déterminante de l'électorat français.

Dans ce contexte plusieurs grandes villes comme Strasbourg ou Lille ont lancé des appels à projet proposant, à des promoteurs d'habitat participatif, du foncier à des coûts inférieurs aux prix du marché.

CI Après cet exposé je me tiens prêt à répondre à vos questions et notamment celles qui ont trait à l'état de ma démarche initiée dans la région lilloise.

M. YVES BAISE
ADMINISTRATEUR DE L'ASSOCIATION

Accord'Agés

Association Loi 1901 28 rue La Rochefoucauld 59200 TOURCOING
Tél : 06 67 91 98 52 E-mail : accordagenpdc@hotmail.fr

1

UN SERVICE D'INGENIERIE AU SERVICE DES PERSONNES AGEES

Accord'Agés

2

LA GENESE DU PROJET

- Une approche personnelle
- Des aspirations largement partagées par l'ensemble des personnes âgées:
 - Rester chez soi jusqu'au bout
 - Conserver une vie sociale tout en restant acteur de son mode de vie et de son avenir

Accord'Agés

3

ANTICIPONS-NOUS VRAIMENT CETTE ETAPE DE NOTRE VIE ?

- Au travers de notre approche individuelle du vieillissement
 - L'âge subjectif et l'âge chronologique
- Au travers de notre système de vie sociale
 - Ne pas faire de la prise en charge de la dépendance une spécificité de l'action publique en direction des personnes âgées
 - Se dégager d'une approche gérontologique centrée uniquement sur la question de l'hébergement

Accord'Agés

4

L'HABITAT GROUPE : ALTERNATIVE ENTRE LOGEMENT ET INSTITUTION ?

- Définition du concept
- Un habitat entièrement conçu par les habitants
- Un projet de vie commun favorisant la communication entre eux, tout en préservant leur plus grande autonomie
- Une action volontariste qui s'inscrit dans le temps de la structuration du groupe
- Des parties privatives et collectives et un espace d'animation tourné vers les habitants mais aussi vers le quartier

5

L'HABITAT GROUPE : ALTERNATIVE ENTRE LOGEMENT ET INSTITUTION ?

- trois finalités :
 - Refuser le modèle sociétal dominant de l'individualisme
 - Inventer un mode de vie propre à son groupe
 - ✓ Comité d'habitants
 - ✓ Charte/règlement intérieur
 - Lutter contre le repli sur soi en se sentant encore utile socialement, tout en valorisant des compétences antérieures

Accord'Agés

6

TYPOLOGIE DU PUBLIC

- Majoritairement les classes moyennes
- En challenge : assurer la mixité sociale et, entre les habitants, un minimum de degré de cohérence et consensus social et culturel
- La solidarité entre retraités encore nantis et retraités à faibles ressources
- Une catégorie sociale repérée par la Fondation de l'Abbé Pierre

Accord'Ageo

7

TYPOLOGIE DU PUBLIC

- des parcours de vie chaotiques
- Des ressources sociales et économiques liées entre elles
- Le vieillissement auquel s'ajoute pauvreté et solitude : un risque de décrochage complet
- Une démarche préventive bien en amont de toute forme de déchéance et génératrice de liens sociaux durables

Accord'Ageo

8

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

DISPONIBLE POUR REPENDRE A VOS QUESTIONS

Accord'Ageo

11

UN SERVICE D'INGENIERIE

- Avec du personnel très qualifié maîtrisant les aspects éthiques, stratégiques et méthodologiques
- Trois missions :
 - faciliter l'émergence des besoins
 - Former les habitants sous forme d'ateliers et abordant :
 - ✓ les valeurs et l'organisation du groupe
 - ✓ les montages juridiques et financiers
 - ✓ Stratégies entre acteurs et stratégies de mixité sociale (quelle pluralité de statut d'occupation et que veut-on mettre concrètement en partage ?)

Accord'Ageo

9

UN SERVICE D'INGENIERIE

- Accompagner à la mise en œuvre du projet (avec création d'un « pôle ressources »)
- Financé par les habitants et des financements publics

Accord'Ageo

10



Réseau de prévention du suicide d'Indre et Loire « Vivre et intervenir ensemble face au suicide »

Missions

- Promouvoir une démarche globale de prévention du suicide en mettant en œuvre des actions et des organisations susceptibles de favoriser une prise en charge précoce et préventive des suicidants ou d'empêcher la survenue des récurrences après une tentative initiale.
- Promouvoir une démarche globale de postvention du suicide en direction des proches des personnes suicidées.
- Créer entre les professionnels et les acteurs impliqués dans l'aide et la prise en charge des personnes en difficulté, des relations opérationnelles permettant des prises en charge et des suivis concertés, continus et synergiques.
- Participer au développement d'une stratégie de communication, dirigée vers des publics ciblés ou vers le grand public, dans un but de sensibilisation et d'information.
- Proposer aux acteurs du réseau, des actions d'information et de formation sur le suicide et sa prévention.
- Créer et promouvoir les dispositifs d'aide directe aux personnes et aux intervenants qui n'existeraient pas encore sur le département.
- Mener des actions d'évaluation et de recherche sur le thème du suicide.

Les grands principes d'intervention

- Abord global de la question du suicide : aspects individuels, familiaux, sociaux. Les prises en charge doivent donc associer des compétences professionnelles et associatives très diverses. Elles restent, pour les plus graves, coordonnées par un médecin.
- Prise en charge de type holistique (en termes de partenaires et de techniques proposées) répondant à la « multi-factorialité » de la conduite suicidaire.

- Aide à toute personne du département, quelque soit son âge, sexe, activité ou non, religion, orientation sexuelle...
- L'aide proposée s'appuiera, chaque fois que possible, sur le maillage de terrain déjà existant (structures normales de prise en charge : secteur psychiatrique, CCAS,...)
- Promotion d'actions (prévention, soins, formations, études,...) n'existant pas.

Les acteurs

Actuellement, le réseau V.I.E.S. 37 regroupe une trentaine d'institutions ou d'associations :

Les institutionnels

- | | |
|--|--|
| ▪ CPAM 37 | ▪ Mission locale de Touraine |
| ▪ CODERPA | ▪ Mutualité d'Indre & Loire |
| ▪ DDASS 37 | ▪ Police Nationale |
| ▪ Délégation à la vie sociale et à la solidarité (CG37) | ▪ Service Départemental d'Incendie et de Secours |
| ▪ Direction Départementale du Travail | ▪ Université de Tours (Médecine Préventive Universitaire) |
| ▪ Éducation Nationale (Médecine et Service Social en faveur des Élèves) | ▪ Ville de Tours |
| ▪ La Mutuelle des Etudiants | |

Les associations

- | | |
|--|---|
| ▪ Associations des Psychiatres de ville | ▪ Comité d'Aide aux détenus |
| ▪ ACTÉES | ▪ Comité Départemental d'Éducation pour la Santé |
| ▪ ADOSEN | ▪ Entr'aide Ouvrière |
| ▪ ADMR | ▪ François Rabelais Accueil |
| ▪ AIMT 37 | ▪ JCLT-AEMO 37 |
| ▪ Association Montjoie | ▪ La Maison des Adolescents de Touraine |
| ▪ ASS. PRO. Santé (Espace Santé Jeunes) | ▪ La Salamandre |
| ▪ Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) | ▪ Mission Catholique étudiante |
| ▪ Bureau d'Information Jeunesse 37 (BIJ) | ▪ Planning familial |
| ▪ Centre d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles (CIDFF) | ▪ Secours Catholique |
| | ▪ Secours Populaire |
| | ▪ SOS-Amitié 37 |

Les Centres hospitaliers

- | | |
|---|---|
| ▪ Centre Hospitalier du Chinonais | ▪ CHU de TOURS |
| ▪ CHIC d'Amboise et de Château-Renault | ▪ Clinique de Montchenain |
| | ▪ Cliniques de Vontes et de Champgault |

Les activités

1. **Mise en œuvre de la coordination des acteurs : création d'un annuaire des ressources départementales.**
2. **Réflexion sur les actions de terrain : création de commissions spécialisées.**
 - Commission " Situations d'urgence "
 - Commission " Jeunes "
 - Commission " Adultes "
 - Commission " Personnes âgées "
 - Commission " Documentation et formations "

3. Information de la population : organisation au niveau départemental des journées nationales de prévention du suicide (JNPS)

- 1998 : Réunion initiatrice du réseau : “ Le mal-être des étudiants...Parlons-en. ”.
- 1999 : “ Personnes âgées en détresse, comment les aider à vivre, un défi médical, social et humain ”.
- 2000 : “ Choisir la vie, les conduites suicidaires. Quelle prévention ? ”.
- 2001 : “ Comment aider les suicidants ? Quelques propositions d’action... ”
- 2002 : “ Suicides et vie professionnelle ”
- 2003 : “ L’exclusion : en mourir ? ”
- 2004 : “ L’entourage et la crise suicidaire ”
- 2005 : “ La vie à l’extrême : sports et conduites à risque ”
- 2006 : “ Envie de la vie : le suicide n’est pas une fatalité ”
- 2007 : Sans titre
- 2008 : “ Addictions et suicide ”
- 2009 : “ Suicide, Précarité, Liberté ? ”
- 2010 : “ Prévention du suicide et opinions ”
- 2011 : “ Suicides: Quelles préventions dans un contexte de crises ? ”
- 2012 : *(prévisonnel) : “ Régions, territoires et proximités dans la prévention du suicide. Tous citoyens et acteurs ”*

4. Formation et recherche

- **Formations initiales et continues**

Différents membres de VIES 37 assurent des formations initiales et continues dans le département et nationalement :

- En Indre-et-Loire :
 - Faculté de Médecine
 - IFSI (CRF et CHU)
 - Ecole CRF d’Assistants Sociaux
 - DU Education à la santé (Pr Rusch)
 - DU Psychopathologie à l’adolescence et chez l’adulte jeune, conduites à risque et passages à l’acte (Dr Courtois, Dr Fillatre)
- En France:
 - Réseau de prévention du Loiret
 - Réseau de prévention de la Manche
 - Groupement d’Études et de Prévention du Suicide, Versailles
 - Groupe de recherche de « Châteaubourg » sur les facteurs de protections face au suicide

- **Formation sur les risques psychosociaux au travail et leurs conséquences**

Le réseau s’est impliqué (B. Le Noach, J. Baugé, M-P Laurent, E. Desset) dans l’élaboration d’un programme de formation avec un triple objectif :

- connaître mieux les risques psychosociaux
- comprendre les causes de mal être au travail
- apprendre à réfléchir sur les modalités de ces risques en entreprise (en privilégiant l’approche collective).

Cette formation devrait être complétée par une formation sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire.

- **Organisation de journées de formation pour les professionnels et les associations**

5. Amélioration de la connaissance du problème : création du fonds régional de documentation (en lien avec le PRS suicide Centre)

- Localisé au CDRD 37 dans les locaux de la FRAPS⁶, il met à disposition de tous les acteurs régionaux des livres, vidéo et CD-Rom, des malettes pédagogiques. Il est consultable en ligne.

6. Interventions directes auprès des personnes

- **Programme expérimental de Pré-Postvention du suicide**
 - Élaboration des protocoles d'établissement en cours ou achevés en fonction des établissements.
 - Interventions déjà effectuées à l'occasion de deux situations aiguës
 - Préparation d'une extension à d'autres types d'établissements (EHPAD, CFA,...)
 - Plusieurs communications dans différentes réunions scientifiques
- **Mise en place d'un groupe de paroles pour parents de jeunes suicidants (action interrompue)**

Accueillant une dizaine de parents chaque mois sur une durée d'un an, ce groupe expérimental se veut un lieu d'échange pour des parents confrontés aux conduites suicidaires d'un de leurs enfants.

7. Communication, coordination : mise en place d'un site Web (action en cours de réalisation)

- Missions :
 1. Informations générales sur le suicide et la dépression
 2. Échanges d'informations et d'outils sur la prévention du suicide
 3. Aide aux personnes et aux intervenants
 4. Partage de dossiers pour améliorer le suivi de prise en charge
 - Bureau virtuel des réseaux de la région.
- Cibles :
 - Grand Public : Mission 1 (parfois 2)
 - Tout professionnel ou habilités : de 1 à 3 (4 : si pertinent)
 - Membres des réseaux : Toutes.
- Territoire :
 - Régional : missions 2 & 3
 - Départemental : Toutes, selon cas

8. Participation et animation de structures nationales

- Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS). Le président de VIES 37 est membre du CA, du Bureau et Vice-Président de l'Union.
- Groupement d'Études et de Prévention du Suicide (GEPS). Le président de VIES 37 est correspondant régional pour la région Centre.

9. Autres actions

- **Brochure Personnes âgées**

Sous la direction du Secrétariat d'État aux Aînés puis du Travail et de la Santé, rédaction d'une brochure (à paraître) sur la prévention du suicide des personnes âgées.
- **Diverses interventions ponctuelles**

⁶ 54 rue Walvein 37000 Tours, Tel : 02 47 37 69 85

Exemples :

- Collectif Santé Tours (Forum Vinci)
- Participation à la préparation du congrès national SOS-Amitié
- Participation à la réunion de coordination avec les partenaires de l'Inspection d'Académie 37 (Cellule de crise et postvention)

Contacts 02 34 38 94 85

vies37@chu-tours.fr

Direction de la Coopération et des réseaux

CHRU de Tours 2, Bd Tonnellé 37044 TOURS Cedex 9

Intervention Mme SALUSTRO - Réseau Vie 37 –Tours



Les actions innovantes en région

Organiser les institutions pour prévenir et accompagner en cas de passage à l'acte : la "postvention".

Réseau VIES 37 - Tours

Exemple du programme actuellement mis en place en Touraine
Qui s'appuie sur le travail de l'équipe de Monique Séguin (Canada)

La POSTVENTION consiste à mettre en place :

- des actions visant à réduire, à court et long termes, les effets négatifs
- d'un traumatisme causé par le suicide d'une personne plus ou moins proche.

La POSTVENTION est donc :

- une prévention tertiaire
- mais aussi... primaire.
- En effet, l'organisation préalable des établissements qu'elle implique sensibilise les personnels à la prévention du suicide !
- Effet préventif sur le suicide ?

Les établissements doivent se réorganiser pour améliorer les réponses post-suicide.

L'intervention après un suicide doit être... :

CONTENU DES PROTOCOLES D'ETABLISSEMENT

- **Qui fait quoi ?**
 - **Qui déclenche ?**
 - **Qui contacte les proches ?**
 - **Qui vérifie et centralise les informations ?**
 - ...
- **Quels types d'interventions (où, quand, comment...)**
 - **Auprès des autres usagers**
 - **Auprès des familles**
 - **Auprès des personnels**
 - ...
- **Quels relais existent avec l'extérieur ?**
 - **P.ex. : Consultations de psychiatrie ou de psychologie**
 - ...

Étape 4

Activation du dispositif lors de passages à l'acte : actions immédiates et suivis personnalisés de la situation locale.

Étape 5

Évaluation du dispositif après chaque action.
par l'équipe de coordination et de suivi du programme

Étape 6

Évaluation globale du programme et ajustements.

Merci de votre attention !

PARTENARIATS LOCAUX AUTOUR DES JUMELAGES - *Jean Yves TROMEUR*, Psychosociologue - Directeur d'Entr'actes, Colombes

Il s'agit de la présentation d'une piste d'ouverture à l'Europe que nous explorons actuellement.

Cette piste s'inscrit dans une **perspective de prise de connaissance des approches et pratiques de soins et de prévention dans le champ de la santé mentale dans d'autres pays européens voire au-delà de l'Europe**, et **d'instaurer une réflexion partagée**.

Nous intégrons bien entendu les approches et pratiques concernant la lutte contre l'isolement et la prévention du suicide.

Eléments de contexte

Quelques mots sur Entr'actes qui est un regroupement de psychologues, psychosociologues et psychothérapeutes, constitué en association, soucieux :

- d'intervenir en proximité, localement
- et d'être le plus utile aux personnes qui nous sollicitent : jeunes, adultes, familles, professionnels, groupes constitués sur des approches individuelles ou collectives

Cet axe de travail trouve son origine dans :

- les Assises de la FEALIPS,
- nos liens avec le Centre Popincourt
- et des manifestations sous forme d'exposition (Expo Vivre du Centre de Prévention du Suicide de Bruxelles) ou de rencontres-débats que nous avons pu organiser localement avec des intervenants au-delà de nos frontières (le Centre de Prévention du Suicide de Bruxelles, le Centre CRISE au Canada), des colloques européens auxquels nous avons pu participer.

Nous avons éprouvé l'intérêt que de tels rapprochements peuvent représenter.

- nos implications fortes dans des dispositifs locaux sur la Ville de Colombes ;
- Ateliers Santé Ville : deux groupes de travail thématiques l'un Santé Mentale, l'autre Addictions ;
- CLSPD, Comité Locale Sécurité et Prévention de la Délinquance ;

Nous nous sommes donc posés la question des rapprochements européens et au-delà que nous pourrions opérer à partir du local, et **le local peut trouver des ouvertures sur des partenariats internationaux dans les jumelages** entre communes françaises et communes européennes ; puis les « jumelages-coopération » entre communes françaises et communes des pays du Sud.

A propos des jumelages

Les jumelages sont nés au lendemain de la seconde guerre mondiale, dans le contexte de réconciliation d'après guerre. Ils ont existé pendant plus de 40 ans sans cadre juridique ni définition précise.

Depuis 1992, les jumelages ont obtenu **un cadre juridique** Loi ATR 92-125 qui reconnaît **une compétence de relations internationales aux collectivités territoriales**.

Puis, depuis 2007, la loi Thiollère relative à l'action extérieure des collectivités territoriales fait de la coopération décentralisée une compétence des collectivités territoriales : établissement de relations d'amitié et/ou de jumelage ; aide au développement, assistance technique, action humanitaire.

C'est Jean Bareth (1912-1970), premier Secrétaire Général du Conseil des Communes d'Europe qui donna une définition de ce qui était alors la première forme de coopération entre collectivités locales : *"Le jumelage, c'est la rencontre de deux communes qui entendent s'associer pour agir dans*

une perspective européenne, pour confronter leurs problèmes et pour développer entre elles des liens d'amitié de plus en plus étroits"

Un jumelage c'est :

- Un contrat politique entre deux collectivités locales
- Sans limite dans le temps
- Un champ d'action pluridisciplinaire
- La participation directe des citoyens
- Un moyen de sensibilisation
- Un moyen d'initiation à la mobilité
- Un cadre d'action et de projets internationaux
- Un espace d'échanges d'expériences et d'opinions
- Une source d'apprentissage

Les valeurs qui y sont attachées : **confiance, convivialité, rencontre et dialogue, citoyenneté, solidarité, esprit d'initiative**, appartenance européenne, **coopération**,

Le jumelage est à considérer dans un cadre de coopération sur tous les terrains possibles.

Notre réalité locale

Pour la ville de Colombes :

- **Un jumelage** existe avec Frankenthal (Allemagne).
- **Des rapprochements** sont en cours avec la ville de Viana do Castelo (Portugal).
- **Une coopération décentralisée** est engagée avec la ville de Yaoundé (Cameroun).

Concrètement, nous nous sommes rapprochés du Comité de jumelage pour questionner l'existence de liens ou d'échanges sur des questions de santé mentale, de prévention du suicide, sur les approches et pratiques de soin ou de prévention.

C'est **un terrain vierge** : des relations et des échanges sont développés sur des domaines plutôt socioculturels, mais pas sur les questions de prévention ou de soins.

Nous y avons trouvé **un écho très favorable** tant du comité de jumelage que des acteurs de santé avec qui nous avons pu échanger.

De plus, nos investigations (via internet), ouvrent :

- Sur des rapprochements existant entre les établissements de soins, libellé jumelage : « L'EPS Erasme a mis en place une convention internationale de jumelage avec La Colonia Montes de Oca, situé près de Torres au Nord-Ouest de Buenos Aires en Argentine, dans le cadre d'un projet d'échange et de coopération avec un établissement public de santé en 2004.

L'objectif est d'échanger les pratiques et d'instaurer une réflexion partagée avec des personnes travaillant dans la santé mentale dans un autre pays.

- Sur des sources de financements à explorer : aides aux actions entre communes jumelées (Programme L'Europe pour les citoyens), aux échanges de jeunes (Programme Jeunesse en action, OFAJ, ...).

Sources :

- Rapport CIEDEL « Evaluation coopération décentralisée au Burkina Faso »
- AFCCRE, Association Française du Conseil des Communes et régions d'Europe, « Un jumelage, Pourquoi ? Comment ? »
- Conseil des Communes et Régions d'Europe « Livret d'accueil du CCRE »
- Conseil des Communes et Régions d'Europe « Programme de travail 2011 »
- Mosaïque, Journal de la Ville de Colombes « Fenêtres ouvertes sur l'Europe » septembre 2011
- Villes de Colombes et de Frankenthal « Serment de jumelage » 2008

- Ville de Colombes « Dossier de subvention 2012 Jumelage Frankenthal – échange Viana de Castello » 2011.
- Centre Popincourt, Paris
- Crise, Canada
- Centre Prévention du Suicide, Bruxelles
- FEALIPS, Paris

ATELIER 3

Quelle place pour la réflexion éthique dans la prévention du suicide ? - Matthieu Lustman. Relecture : René Padieu

En préambule

Dans une réflexion collective menée en 2003 au sein de l'UNPS⁷, trois écoutants appartenant à trois associations différentes de la téléphonie sociale⁸ se sont interrogés sur les enjeux éthiques de l'écoute dans le cadre de la prévention du suicide. 10 ans après, les questions qu'ils posent sont toujours d'actualité et peuvent servir d'introduction à notre propre réflexion⁹ :

« On entend parfois au téléphone : « vous faites un travail formidable. Qu'est-ce qui vous amène à vous engager de la sorte ? ». Comme si la personne cherchait à identifier la source vitale qui met en action l'écouter, afin d'y puiser elle-même. Notre voix transmet, à notre insu, quelque chose de notre intériorité profonde, qui interroge l'appelant suicidaire. Nous sommes ainsi confrontés à la question du fondement de notre engagement, à la jointure entre la vie et la mort. La charte de l'UNPS affirme que nous respectons la liberté des personnes à se suicider. Mais en même temps la raison d'être de l'Union, c'est la prévention du suicide. En cela l'UNPS affirme son indépendance éthique, notamment vis-à-vis des religions condamnant le suicide.

Ceci ne va pas sans poser des questions difficiles, dans le concret de la relation avec le suicidaire. Si celui-ci donne des raisons réellement pertinentes pour ne plus avoir envie de vivre, et que l'écouter arrive à penser qu'effectivement la sortie du tunnel serait de l'ordre du miracle, quelle posture prendre ? Manifester que l'on écoute, certes. Mais est-ce que, au fond, le suicidaire ne chercherait pas à recueillir une sorte d'assentiment tacite à son projet de suicide ? Faut-il, et, si oui, comment, éviter de rentrer dans ce jeu ?

Comment, dans de telles circonstances, respecter en profondeur la personne sans porter le moindre jugement sur son désir de suicide, tout en assistant cette personne en danger de mort ? L'écouter est alors sollicité au cœur même de son être : comment transmettre du désir de vivre ? Car c'est peut-être cela, aussi, qu'attend l'appelant suicidaire.

Vouloir le sauver de l'issue fatale renvoie aussi au fantasme du pouvoir que l'écouter pourrait exercer sur l'appelant, et, à l'inverse, au fantasme de culpabilité en cas d'échec, apparent, de

⁷ Union Nationale pour la Prévention du Suicide.

⁸ F.Turlot, SOS Amitié, B.Lequeux, Centre de prévention du suicide de Bruxelles, A. Boisson Phoenix suicide.

⁹ Une étude a été réalisée disponible à l'UNPS sous le titre : *Paroles d'écouter*, 2004.

l'entretien. L'écouter est ainsi appelé à une véritable ascèse : à la fois se savoir bien peu de chose face au drame du suicidaire, et en même temps immensément présent dans son écoute, pour laisser venir en lui la parole qui pourrait déclencher un autre rêve que celui de disparaître. C'est ainsi qu'une aventure humaine se vit de manière paroxystique dans l'éphémère de l'entretien. Une rencontre, de laquelle l'appelant comme l'écouter peuvent sortir changés. Un moment d'extrême humanité.

C'est par le vécu de tels moments, en acceptant de se laisser transformer par eux, que l'écouter repère peu à peu, à tâtons, quelques éléments d'une éthique de sa relation à l'écouter suicidaire, aidé en cela par la charte de son association et par les partages qu'elle organise » .

Cette réflexion montre bien la complexité de l'écoute et de la prévention du suicide : elle est en tension entre deux valeurs opposées et aussi essentielles l'une que l'autre : respecter la liberté de la personne de se suicider¹⁰ et de l'autre côté le ferme désir d'éviter un acte qui ferme toutes les portes.

L'impossibilité de respecter en même temps deux principes opposés montre bien que « la volonté de bien faire » ne suffit pas en soi : la posture humaniste a ses limites. Ainsi, si on prend le temps *d'écouter les écoutants* qui semblent, d'après les témoignages des écoutants¹¹, éprouver eux-mêmes une certaine souffrance à ne pouvoir allier dans une même dynamique respect total plein et entier de *l'autonomie* des personnes¹² et logique de *bienfaisance*¹³, il devient impossible de se contenter de la posture humaniste ou du simple constat des difficultés. Il convient d'aller plus loin en s'interrogeant sur les fondements mêmes de la prévention du suicide, des valeurs qu'elle véhicule mais aussi d'analyser de quelle manière ces enjeux se traduisent sur le terrain, dans la pratique, avec quels résultats, tout en réintégrant la prévention du suicide dans le champ de la santé publique. Il s'agit d'une démarche qui pourrait se construire en trois temps :

- *interroger* concrètement dans une première étape la pratique des acteurs de terrain, comme dans la démarche proposée par nos trois écoutants qui ont interviewé les bénévoles de l'écoute afin de saisir la complexité de la pratique,
- *solliciter* dans une deuxième étape les sciences humaines et sociales afin de voir de quelle manière elles pourraient éclairer notre réflexion,
- ***arriver dans une troisième étape à une synthèse qui permettrait d'ouvrir le débat. Il faudrait créer pour cet objectif un groupe de travail qui réfléchirait aux enjeux éthiques en s'appuyant à la fois sur l'observation des pratiques et sur l'apport des sciences humaines et sociales.***

Au fondement de toute interrogation, il doit y avoir un retour aux sources : l'enjeu est de prendre le temps de se poser des questions qu'on ne se pose pas ou qu'on ne s'est jamais posé, prisonnier de la routine, des habitudes et des objectifs « d'efficacité », « d'efficience » et « d'opérationnalité ». Ce retour sur soi, sur sa pratique, sur les valeurs implicites sur lesquelles chacun fonde ses actions et sur le sens qui motivent notre engagement, constitue **une démarche réflexive**. Cette démarche est au fondement des sciences humaines et sociales et de l'éthique.

De fait, il est assez étonnant d'interroger des étudiants en médecine ou des médecins et de s'apercevoir, alors qu'il s'agit de leurs pratiques quotidiennes, qu'ils ont du mal à définir ce que représentent pour eux « la maladie », « le malade », « la médecine », « guérir », « soigner » et de cerner

¹⁰ Rappelons que l'UNPS « n'est pas contre le suicide mais pour sa prévention », cette formulation complexe permet d'éviter la condamnation séculaire du suicide tout en promouvant une autre solution.

¹¹ Voir le texte produit par les trois écoutants : *Paroles d'écouter*, 2004.

¹² Même et surtout si la théorie de l'écoute repose sur l'approche rogérienne d'une écoute non directive, écoute particulière qui se définit comme « une relation d'aide centrée sur la personne ».

¹³ L'opposition entre logiques « d'autonomie » et de « bienfaisance » constitue les principes de base complémentaires et opposés de l'action de tout soignant comme l'a montré S. Rameix (*Fondement philosophique de l'éthique médicale*, Ellipses, 1996).

« le rôle du médecin ». De même face aux enjeux de prendre la bonne décision, de sauver la vie du patient, le soignant, l'écouter, le proche a-t-il le temps de prendre du recul : de réfléchir au sens des mots qu'il utilise au quotidien : suicide¹⁴, tentative de suicide, crise, prévention, prévention du suicide, santé publique... (la liste n'est pas exhaustive) ? De s'interroger sur sa pratique et la logique qui la sous-tend ? De se demander de quelle manière il se positionne personnellement par rapport aux grandes questions de la mort et du suicide ? De s'interroger sur les conséquences de ses décisions à long terme ? D'interroger les valeurs auxquelles il se réfère et qui guident son action ? De comprendre pourquoi, il peut se retrouver dans des impasses et des situations qui le font souffrir en tant que soignant ou acteur de la prévention ? De réfléchir sur l'influence de la structure et de l'organisation sur sa pratique ?¹⁵

Ce questionnement n'est pas gratuit, il ne s'agit pas de faire de l'art pour l'art, mais en s'interrogeant par exemple sur le sens précis des concepts utilisés au quotidien, il devient possible de comprendre de quelle manière ces définitions influencent nos actes. L'acteur de la prévention peut alors entrer dans une démarche réflexive. Cette démarche permet de comprendre sa propre logique, de s'auto-évaluer et d'améliorer sa pratique. **Ainsi la démarche éthique qui s'appuie sur des études empiriques de terrain, sur les sciences humaines et sociales et sur le débat entre acteurs peut constituer un autre temps de la prévention, à un moment où l'urgence de l'action ne s'impose pas.** Il devient alors possible de ne pas se limiter à voir dans la question du suicide uniquement un dysfonctionnement social qu'il faut résoudre à travers la prévention du suicide ou la suicidologie, mais aussi *un fait social*¹⁶ qui peut éclairer la société actuelle et son mode de fonctionnement à travers l'étude, par exemple, de l'évolution des exigences de la société vis-à-vis des individus¹⁷.

Le débat initié est complexe, il est donc impossible de le développer ici, en revanche, il est pertinent, pour amorcer la démarche, de montrer un exemple concret de l'apport des sciences humaines et sociales à la réflexion éthique des acteurs de la prévention. Des anthropologues et des sociologues comme Fassin¹⁸, Massé¹⁹ ou Perreti²⁰ montrent qu'il n'est pas possible de prendre la logique de santé publique au pied de la lettre en tenant compte uniquement des objectifs affichés sans s'interroger sur les enjeux et sur les effets de la santé publique sur l'évolution de la société. Pour ces auteurs la science n'est pas indemne de croyance, en s'appuyant sur le concept de bio pouvoir de Foucault, ils montrent qu'il existe des valeurs implicites qui gouvernent la prévention, le danger serait alors de méconnaître ses valeurs. Ainsi la prévention a ses enjeux propres qu'il faut savoir cerner. De plus la prévention n'excite par elle-même et pour elle-même, elle s'intègre dans le mouvement général de la santé publique. **Comprendre ces enjeux permet de déconstruire la notion de prévention du suicide, ce qui permet d'amorcer une démarche réflexive.**

Ces auteurs repartent de la théorie : la prévention apparaît à un moment historique particulier où se développe la notion de risque. Le concept de risque est lié à une certaine vision de l'homme. Cette

¹⁴ Par exemple la définition du suicide est-elle la même pour le psychiatre, le psychologue, l'écouter, le travailleur social, la famille ou le suicidant lui-même ?

¹⁵ La démarche de prévention est-elle la même dans un cabinet de médecin généraliste, d'un psychiatre ou d'un psychologue, dans un service d'urgence ou dans un hôpital psychiatrique ?

¹⁶ Comme le défendent Berguer et Lukman qui oppose problème social et question sociologie. La véritable réflexion repose sur la capacité à élargir le débat et poser les questions qui font sens en ne cherchant pas juste à résoudre le problème, au risque de ne pas voir les enjeux dans toute leur complexité et de se limiter au sommet de l'iceberg. Par exemple en médecine ne réfléchir qu'à l'annonce de la mauvaise nouvelle en éludant la question de la relation médecin/malade, c'est lâcher la proie pour l'ombre et ne pas permettre une réelle évolution de la médecine.

¹⁷ Voir à ce sujet l'ouvrage essentiel d'Alain Ehrenberg (*La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, 1998)

¹⁸ *Critique de la santé publique. Une approche anthropologiques*, Balland, 2001

¹⁹ *Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Les presses de l'université de Laval, 2003

²⁰ *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Seuil, 2009

vision qui met l'accent sur « **l'autonomie** » et « **la responsabilité de chaque individu** » qui doit devenir capable **de maîtriser son destin**. Cependant il ne s'agit pas de laisser l'individu livré à lui-même, il doit devenir un être rationnel, c'est-à-dire faire le choix autonome d'agir en fonction de la raison et des normes. La rationalité implique que ses réactions soient prévisibles et conformes à la logique de la société dans laquelle il vit. Dans cette logique la prévention se développe à partir de l'épidémiologie. Il s'agit de découvrir scientifiquement par les statistiques des « corrélations » entre des facteurs de risques et des maladies. Ces facteurs de risque définissent des conduites à risques que le médecin cherchera à modifier : moins manger, arrêter de fumer etc.

Dans cette logique « prévenir c'est diminuer les risques », or les risques sont partout, permanents et infinis. **La prévention devient alors un principe** : un instrument d'une volonté anticipatrice qui entend pacifier le futur, pour nous aider à mieux maîtriser notre existence et le monde qui nous entoure. Elle semble s'imposer à nous de manière irrésistible avec un caractère d'évidence absolu et impératif en s'appuyant sur la science qui semble neutre et objective. Le rôle des sciences humaines et sociales ou de l'éthicien est de s'interroger sur cette évidence et de demander si :

- vaut-il toujours « mieux prévenir que guérir » ?
- jusqu'ou vaut-il « mieux prévenir que guérir » ?
- quelles sont les limites acceptables pour convaincre une personne de changer de comportement ?
- jusqu'à quel point la santé fait-elle le bonheur ?
- la prévention est-elle neutre ou n'aurait pas des conséquences cachées, masquées avec des effets pervers ?
- quelle vérité doit-on au citoyen ? A quel prix faut-il éduquer le malade ?
- à partir de quel moment est-il « mal » de vouloir faire « le bien » ?

En poussant plus loin l'analyse Peretti montre que la prévention est confrontée à 5 paradoxes :

- **L'utopie de la prévention** qui repousserait sans fin les limites de la mort. Où conduit la course effrénée à « la non mort et à l'immortalité » ?
- **Le spectre de la privation totale.** Faut-il préférer la vie à tout prix au risque de vivre sans vivre et se priver de tout ?
- **La tyrannie des experts.** Les conduites à risques sont-elles le reflet fidèle de la réalité ou juste des visions de professionnels qui ne prennent pas en compte les enjeux et la vision des patients ? La prévention peut être perçue comme une entreprise morale.
- **L'existence d'effet contre productif.** La prévention peut avoir des effets néfastes. Risque de stigmatisation, d'étiquetage, risque de diminution de la qualité de vie du plus grand nombre pour le bénéfice d'un très petit nombre.
- **Le spectre de « l'Homo medicus ».** La prévention est à la recherche du patient idéal, celui qui est capable de :
 - ✓ scruter son corps à la recherche du moindre signe menaçant,
 - ✓ sacrifier ses plaisirs aux injonctions de la prévention,
 - ✓ éviter toute forme d'addiction.

Avec la prévention le médecin ne se contente pas de soigner mais transforme aussi la personnalité, l'identité de son patient en inventant un nouvel individu **l'homo medicus**. Il s'agit de faire de chaque patient, un citoyen responsable, un acteur éduqué capable de gérer sa santé et de comprendre le jargon médical. Le patient idéal est construit à partir du modèle libéral : information et responsabilité. **Le patient idéal est un être autonome et rationnel.**

Dans cette logique, les conduites à risques sont considérées uniquement comme des problèmes de dépendance, des pathologies de la volonté. La prévention se donne alors pour mission d'éduquer l'homme pour qu'il devienne autonome, rationnel, calculateur, soucieux d'optimiser sa conduite afin de

préservé son espérance de vie. L'individu est promu acteur de sa propre santé. Il doit être autonome, informé, prendre soin de son capital santé, savoir gérer les risques. Il a l'obligation morale de préserver sa santé. **Sous le regard critique du sociologue et de l'anthropologue, la prévention apparaît complexe, ambiguë, tiraillée entre des valeurs contradictoires (le bien public versus le respect de l'autonomie de la personne) ainsi que de réelles difficultés de réalisation pratique.**

Si on applique ce raisonnement à la prévention du suicide, un certain nombre de questions surgissent :

- de quelle manière définir le suicide ?
- quelles sont les valeurs cachées de la prévention du suicide ? De quelle manière se construit le débat, la tension entre logique de « bienveillance » et logique « d'autonomie » ? Quelles influences sur la prévention du suicide ?
- peut-on évacuer d'un seul trait la question de la liberté, le suicide est-il forcément et uniquement un non choix ? Si on prend l'exemple de Socrate peut-on faire le choix de mourir pour ses idées ? Quel sens donner au concept de « volonté » dans la définition du suicide comme « mort volontaire ? *Suicide* et *sacrifice* sont-ils des entités radicalement séparées ? Quelle place pour le concept d'autonomie²¹ dans la prévention du suicide ?
- de quelle manière évaluer la prévention ? Faut-il critiquer la prévention pour ne pas être assez efficace²² ou être, comme le critique Aujard, une forme de « contrôle social » ? Selon cet auteur la prévention du suicide serait devenue « un réseau formellement agencé en un système technico-institutionnalisé », la prévention du suicide et la suicidologie n'auraient alors que l'apparence de la science : « en ce sens, la suicidologie est un système ouvert de recherche-action en prévention du suicide, recherche-action élevant cette dernière au rang de « science » alors qu'elle n'est qu'un artefact publicitaire qui sert de paravent à l'expansion d'un système technique et comportemental de prévention dont l'organisation, la suicidologie, est à la fois le producteur, le développeur et le bénéficiaire »²³
- quelle relation existe-t-il entre suicide et euthanasie²⁴ ou suicide assisté, de quelle manière gérer la fin de vie, est elle uniquement dans les mains des médecins ?
- quelle place est-elle donnée au suicidant et à sa famille dans la prise en charge du suicide ?
- de quelle manière faut-il prendre en compte la question du sens dans la prévention du suicide ?²⁵
- faut-il, comme le critique Guirlinger²⁶, mettre sur un pied d'égalité les approches religieuses et scientifiques du suicide, car pour tous les deux il y a perte du sens du suicide, ce qui réduit le suicide à la question de la souffrance ?
- et d'autres questions.

²¹ Il faudrait préciser d'ailleurs si on parle « d'autonomie-indépendance » ou « d'autonomie-responsabilité » comme *maitrise de soi* et *prise de décisions rationnelles*. Dans ce dernier cas la prévention se donne alors comme objectif *le self empowerment* : restaurer l'autonomie de l'individu.

²² Comme Diego de Leo : *Bilan des politiques de prévention : pourquoi si peu d'avancées ?* in *Le suicide et sa prévention*, A.Batt et A. Jourdain, ENSP, 2005

²³ M-F Aujard., *La suicidologie, un outil de gestion du comportement* », Recherches sociographiques, XLVIII, 3, 2007.

²⁴ A la place d'euthanasie, on parle souvent de « suicide assisté ».

²⁵ Si on prend l'exemple du suicide au travail faut-il privilégier l'approche psychologique et le soutien aux personnes ou bien se centrer sur les problèmes de management - voir à ce sujet l'ouvrage de Y du Roi, *Orange stressé. Le management par le stress à France Télécom*, La découverte, 2009 - ou encore trouver le bon équilibre entre les deux démarches ?

²⁶ Guirlinger : *Le suicide et la mort libre*, Plein feux, 2000.

De la même manière de nombreuses questions éthiques pourraient se poser dans les différentes étapes de la prise en charge des suicidant :

- ✓ dans la relation avec le suicidant,
- ✓ dans la relation avec la famille,
- ✓ de ce qui se passe aux urgences,
- ✓ de ce qui se passe à l'hôpital,
- ✓ dans le suivi après une tentative de suicide,
- ✓ dans la coopération entre les acteurs du système de santé,
- ✓ dans la perception du suicide plutôt comme une maladie, une souffrance ou un problème social,
- ✓ dans le degré d'investissement des soignants²⁷,
- ✓ du lien entre acteurs de terrain et chercheurs,
- ✓ des enjeux de la promotion de la santé,
- ✓ de la place du suicide dans les médias,
- ✓ de la manière de parler du suicide dans le monde scolaire,
- ✓ de la place de la prévention du suicide au cœur des enjeux de société
- ✓ etc.....

D'une certaine manière, il s'agirait d'analyser d'un point de vue éthique l'ensemble des pratiques de prévention du suicide en se demandant quels sont les enjeux de la double critique que subit la prévention : *inefficace* ou *contrôle social* ? La suicidologie est-elle une idéologie ? La réponse à cette question n'est pas simple, il n'est pas illogique que la prévention repose sur des valeurs, le danger, comme le pense R.Massé, est que ces valeurs ne soient pas débattues ni par les experts ni sur la place publique et que tout semble s'imposer comme une évidence absolue alors qu'il n'existe pas une prévention mais des formes de prévention²⁸. **La seule manière de sortir de cette aporie (inefficacité versus idéologie) est bien d'ouvrir un débat éthique.**

LE DEBAT

L'objectif de cette table ronde était d'ouvrir le débat autour des enjeux éthiques, de se demander de quelle manière passer d'une idée théorique d'un débat éthique à la pratique du débat éthique ?

Le premier enjeu est bien sur de faire l'état des lieux des questions éthiques qui se posent. Un tour de table a été réalisé, la richesse du débat qui a eu lieu a montré l'importance de ces questions. Plusieurs axes de discussions ont été dégagés avec entre autres :

- une réflexion théorique sur les enjeux de la prévention. Si nous sommes tous acteurs de la prévention. Quel sens cela a concrètement ? Parler du suicide n'est jamais neutre, cela peut renvoyer tout un chacun, à ses propres peurs, à son rapport à la mort, à ses propres limites, à son désir de l'autre mais aussi à la difficulté d'aider l'autre. En conséquence il faudrait s'interroger sur la manière de mobiliser les acteurs, sans que ne devienne anxiogène un message qui ferait peser sur eux des responsabilités trop fortes sur l'épaule de tout un chacun ? L'exemple a été pris par rapport aux enseignants : peut-on imposer aux enseignants de faire de la prévention ? Les formations au repérage de la souffrance et de la crise suicidaire type Terra-Seguin prennent-elles en compte que le métier des professeurs est avant tout

²⁷ Brian Mishara directeur du CRISE a déclaré dans un congrès à Montréal que les soignants avaient trois types d'attitude vis-à-vis de la prise en charge des suicidants : les interventionnistes, les libertaires, les entre deux et que la différence entre ces trois attitudes se situaient dans « le degré d'interventionnisme ».

²⁸ Voir à ce sujet l'ouvrage de A. Batt et A. Jourdain : *Le suicide et sa prévention*, ENSP, 2005.

d'enseigner, de quelle manière intégrer dans la formation les enjeux propres des enseignants²⁹ ? Peut-on délivrer ce type de sensibilisation à la prévention sans évaluer leur impact à long terme ?

➤ de la même manière délivrer de manière médiatique que « tout un chacun est acteur de la prévention », ne risque-t-il pas aussi d'être anxiogène ?³⁰ Ce message préventif ne risque-il pas d'être réducteur, de se limiter à un slogan, à une injonction, alors que la prévention du suicide est complexe et ne peut se résumer à des réponses simples ? Faudrait-il une réflexion éthique pour réfléchir au type de message médiatique adressé à la population en général ? De quelle manière ce message est-il entendu, avec quelles conséquences ? Faudrait-il évaluer l'impact de ces messages en observant les aspects positifs et négatifs ?

➤ de manière générale quelles sont les conséquences des formations proposées ? De quelle manière les acteurs peuvent-ils s'approprier la logique de prévention ? Comment cet outil est-il utilisé au quotidien ?

➤ quel est le sens exact des mots qui sont utilisés au quotidien ? Donnons-nous tous le même sens à ces termes :

- suicide
- prévention
- autonomie
- suicidologie
- souffrance

➤ Plusieurs définitions du suicide ont été proposées, mais il n'y a pas eu d'unanimité. En particulier la place du concept de volonté dans la définition du suicide a posé problème. Mais le débat a porté en même temps sur toutes les dimensions du suicide (la question de l'universalité du suicide, qu'il s'agit d'un comportement, d'un processus complexe et non d'un acte, qu'il entraîne conflit et restructuration de la personne et de son entourage, l'enjeu de l'autonomie de la personne, la question de l'impact social suicide). La question a été posée de chercher à connaître l'impact qu'il pourrait y avoir sur la pratique de ne pas prendre en compte le sens des mots. Pourrait-il y avoir des enjeux d'étiqueter, de stigmatiser celui qui se suicide ? De l'enfermer dans une case (souffrance, dépression, malaise sociale, manipulation) et de ne plus le considérer en tant que personne ? Sans prendre en compte le sens que la personne donne à ses propres actes, le suicidant ne devient-il pas juste quelqu'un dont il faut diminuer la souffrance, résoudre le problème pratique en centrant le problème sur la personne et en niant le contexte³¹ ? En conséquence quel type de respect et d'attitude faudrait-il développer par rapport à ceux qui veulent se donner la mort ? la question du traitement moral serait-elle encore présente ?

➤ quel est le sens exact de la prévention : donner des ressources ? Informer ? Expliquer ? convaincre ? Persuader ? Manipuler ? Contraindre ? Existe-t-il ou des préventions ?

➤ quelles sont les valeurs implicites qui se cachent derrière la démarche de prévention ? En fait il faudrait définir ce qu'est la prévention. Si tout le monde peut penser au suicide et que cette question n'est pas réservée aux groupes à risques ou à la pathologie mentale³², la question de la liberté et du choix personnel ne peut pas être évacuée d'un revers de main. En

²⁹ Voir à ce sujet le livre de S. Tisseron : *La Résilience*, PUF, 2007.

³⁰ En effet ce que le public reçoit à travers les médias, ce n'est pas seulement le message préventif, mais tout ce que les médias disent lorsqu'ils rapportent par exemple un cas de suicide, car ceci véhicule de l'info, de l'émotion, etc. Et cela forme l'esprit des gens, en bien ou en mal, plus sûrement encore que les messages conçus pour être préventifs.

³¹ Il s'agit d'un débat récurrent en sciences humaines et sociales porté déjà par I. Illich (*Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Seuil, 1975) et repris par d'autres chercheurs en sciences humaines et sociales : la médecine peut-elle se contenter de réparer des corps, sans qu'il y ait prise de conscience des modes de vie et des pressions que subissent les individus ? Les suicides dans le milieu du travail ou dans le milieu carcéral illustrent bien cet enjeu.

³² Comme le postulent les auteurs américains, voir à ce sujet le livre de K. J. Jamison, *La tentation du néant. Comprendre le suicide pour mieux le prévenir*, Robert Laffont, 2000.

conséquence le suicide qui pose une question existentielle ne peut être pris en charge comme une « maladie ordinaire », quelles seraient alors les spécificités de la prise en charge du suicide ?

➤ de quelle manière la question du sens est-elle prise en compte dans la prise en charge médicalisée du suicide ? Quelle place dans la prise en charge médicale est-elle faite à la relation d'aide humaniste³³ ? Si la prise en charge médicale est centrée uniquement sur la souffrance de la personne et sa capacité de surmonter les événements stressant en développant des capacités de coping³⁴ et de l'empowerment³⁵, ne risque-t-on pas de se limiter à une prévention qui fait tout reposer sur l'évolution des personnes en oubliant les contraintes réelles qu'elles subissent ? La prévention du suicide est aussi un enjeu de société. Comment trouver un équilibre entre approche psychologique de la prévention et approche sociétale ? L'enjeu serait de ne pas rester sur une logique mécanique de la prévention mais de donner du sens à cette prévention.

➤ vu l'importance sociétale du concept d'autonomie et l'obligation de préserver la vie en cas de suicide, le soignant se retrouve confronté à des valeurs opposées, en tension entre autonomie et bienveillance. Le soignant a-t-il le droit d'être aussi philosophe et de se poser le débat : respect de la liberté versus bien de l'autre ? Comment gère-t-il cette situation au quotidien ? Quelles sortes de souffrances cela peut-il engendrer chez lui ? Jusqu'où faut-il faire de la prévention ? C'est bien la question des limites de la prévention qui se trouve ainsi posée et de la manière dont les soignants peuvent gérer ses limites : que faire face au refus, à son impuissance, peut-on accepter le choix de l'autre ou être interventionniste jusqu'au bout et sans limite ?

➤ jusqu'où peut-on diminuer, gérer les risques ? Existe-il des limites à réfléchir en termes de facteurs de risques ou de groupes ou de catégories à risques :

- ✓ est-ce une utopie d'épidémiologiste ?
- ✓ faut-il se priver de tout et jusqu'où et ne pas prendre des risques ? Alors que prendre des risques est constitutif de la vie surtout à l'adolescence³⁶
- ✓ faut-il se soumettre à la tyrannie du regard des experts ? Ont-ils une vision globale de la situation ou sont-ils enfermés dans leurs disciplines ?
- ✓ est-ce que ce ne serait pas en partie contreproductif avec des risques de stigmatiser certains groupes, ce qui les empêcherait d'aller en consultation par peur du regard posé sur eux et de manière paradoxale augmenterait ainsi leur souffrance ?

➤ de quelle manière aborder les enjeux sociétaux de la prévention du suicide ? Quel sens concret faut-il donner à l'idée qu'il existe plusieurs types de prévention ? Quelles conséquences pratiques sur les acteurs de la prévention ? Certains participants pensent que dans certaines situations, il faudrait entrer dans une logique judiciaire avec l'idée qu'une menace d'une condamnation pénale pourrait avoir envers les auteurs d'activités potentiellement suicidogènes un effet dissuasif (donc préventif), ce qui est vivement contesté par d'autres participants.

➤ faut-il donner la parole aux premiers intéressés, les suicidants ? Et ne pas les transformer uniquement en cible de la prévention ? Le groupe a été hésitant sur cette idée

³³ Selon le modèle développé de l'écoute active et participante développé Roger et Porter.

³⁴ Le terme de coping fait référence à l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant, afin d'en maîtriser ou diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique.

³⁵ L'empowerment est le processus d'acquisition d'un « pouvoir » (power), le pouvoir de travailler, de gagner son pain, de décider de son destin de vie sociale en respectant les besoins et termes de la société. L'autonomie d'une personne lui permet d'exister dans la communauté sans constituer un fardeau pour celle-ci. La personne autonome est une force pour la communauté.

³⁶ Voir les ouvrages de David le Breton : *Passions du risque*, Éditions Métailié, 1991 et *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*, Éditions Métailié, 2007.

jugeant qu'il est important de leur donner la parole mais en réfléchissant sur une manière adaptée de le faire. De quelle manière peut-on entendre les suicidants, ce qu'ils ont à dire ?

➤ faut-il réfléchir en terme de trajectoire de suicidant pour suivre et comprendre leur cheminement et non en terme d'acte de prévention et de face à face entre soignant et suicidant ? cela décentre le regard des acteurs de la prévention vers les personnes

➤ existe-il un enjeu ultime de l'écoute : accepter de ne pas comprendre ? Le suicide restant fondamentalement une énigme car même s'il existe des facteurs de risques, aucun n'est causal, chaque suicide est singulier.

➤ prendre le temps de réfléchir aux limites de la prévention prise entre enjeux d'efficacité et risque de contrôle social de la prévention, il faudrait alors saisir la logique de la prévention et évaluer son impact général et pas seulement sur le taux de suicide.

➤ jusqu'où peut-on obliger quelqu'un à faire un travail sur soi ?³⁷ A se transformer ? Quelle est la limite d'une démarche psychothérapique ? Est-ce que cela doit être une obligation sociale ? Pourquoi y a-t-il un enjeu, voir une guerre entre TTC³⁸ psychanalyse et approche systémique ? Résoudre la crise consiste-t-il à reconstruire à minima ou en profondeur ? Quel rôle jouent les différentes démarches de psychothérapie dans la prévention du suicide ? Faut-il les évaluer et comment ?

Le débat s'est conclu par un questionnement sur la définition de l'éthique, il ne s'est pas agi de rechercher une définition complexe ou philosophique de ce concept mais de définir une attitude adaptée à tout le monde. Il a été proposé de définir l'éthique comme « une capacité de remise en question des évidences, une capacité de « s'étonner » et s'interroger sur ses pratiques et ses conséquences afin de mettre en route une démarche réflexive ». La question a été posée de savoir qui était concerné par la réflexion éthique. La réponse a d'abord été tous les intervenants, puis s'est élargie aux enseignants, aux suicidants, à leur famille et enfin à tout le monde puisque tout un chacun peut être acteur de la prévention du suicide.

En conclusion de l'atelier les participants ont insisté pour poursuivre la réflexion commune car une seule réunion ne suffit pas. Cependant chacun ayant de nombreuses occupations il est difficile de se déplacer sur Paris, pour créer ce groupe de pilotage, l'hypothèse a été émise de poursuivre la réflexion par réunion internet dont il faudrait déterminer le rythme.

Restitution FEALIPS : Atelier 1 - Christine Schertzer, psychologue

Clinique prévention et soins : **intérêt des pratiques à médiation artistique et culturelle dans les structures prévention et de soins** : Passer du passage à l'acte à l'acte créatif, recherche de l'autonomie.

La clinique qui doit toujours se poser les questions du cadre interne et externe : comme le référent dans l'institution ou hors institution.

Cela englobe aussi la nécessité d'une formation qui doit aussi **Favoriser un réseau d'échange d'étudiants et de stagiaires.**

³⁷ Voir l'ouvrage de D. Wranks et de C. Macquet, *Le travail sur soi. Vers une psychologisation de la société ?* Belin, 2006.

³⁸ Thérapie cognitivo-comportementale.

Prévention Intérêt des partenariats européens pour des manifestations de préventions et de sensibilisation : Expo « Vive ! » de Bruxelles à Colombes

Cela permet de mobiliser les équipes, le local et avoir une ouverture avec un échange national et international.

Cela implique une sensibilisation des professionnels et non professionnels : comment travailler ensemble à tous les niveaux ? De la clinique à la politique et inversement.

La recherche est intégrée dans le système clinique- prévention.

Partenariats d'étude et de recherche GRAIPS : autopsie psychologique

Interroger après le temps du deuil l'entourage du suicidé.

D'où certaines questions éthique : aide pour l'entourage pour comprendre ou impression de questionnements. Comment seront utilisés les résultats de l'enquête ?

Suicide : passage à l'acte, isolement...La personne ne veut pas être entendue ou ne peut pas être entendue ? Avec toujours la question sous jacente : intrusion ou personne en danger ? L'échange dans la clinique, dans la prévention, dans la recherche avec des allers- retours de l'un à l'autre : permet de penser et peut être de mieux entendre la souffrance de l'autre.

Prévention et clinique Comment du particulier passer par les différentes étapes institutionnelles pour parvenir à une écoute politique et financière de la souffrance.

Restitution de la restitution des travaux des ateliers. X. Tarneaud, président

. Recherche et acteurs de terrain.

- La présentation d'I. Mazilu a été jugée très intéressante et il apparaît que l'art thérapie peut être une solution innovante au niveau clinique.
- Celle sur l'exposition et la B.D. "Vivre" (Bruxelles, Colombes et Centre Popincourt a suscité de nombreux échanges sur les bénéfices de la sensibilisation en matière de prévention du suicide.
- Même chose pour l'exposé sur les recherches faites sur la police française, qui fait apparaître clairement les interactions entre vie privée et vie professionnelle. Commentaires sur les cas de suicides en entreprise, avec le cas bien connu de France Telecom.
- Discussions sur les problèmes d'éthique, sur la question de la mort, le rôle des intervenants (comment intervenir, comment se positionner, intrusion : personne en danger ?).

Atelier 2. Ethique et acteurs de terrain.

Le groupe a travaillé sur 3 axes :

- réflexion théorique sur la prévention : sommes-nous tous acteurs de prévention ? Discussion centrée sur le métier d'enseignant : peut-on imposer la prévention aux enseignants, insuffisance de leur formation au repérage de la souffrance, transformation du métier d'enseignant...
- qu'est ce que la prévention ? : tout le monde pense au suicide ; responsabilité versus liberté ; est-on libre de se suicider, n'est-ce pas plutôt un geste imposé ? Le soignant est aussi un citoyen. La prise en charge du suicide est différente de celle des maladies 'ordinaires'. Nécessité de dépassionner l'approche.

- Liberté versus interdiction ; problème de philosophie occidentale ; impact du livre "Suicide, mode d'emploi" ; nécessité de se préoccuper du bien de l'autre versus nécessité de respecter sa liberté ; jusqu'où puis-je faire de la prévention, quelles sont les limites de la prévention ? libertaire versus interventionniste ; la prévention ou les préventions ; doit-on sanctionner ceux qui ont des activités suicidogènes ? Ne pas oublier la souffrance des soignants, des intervenants.

Conclusion : constituer un groupe de travail ? difficile à mettre en œuvre et à faire fonctionner ; le groupe s'orienterait plutôt vers un "chat internet".

Atelier 3. Rencontre monde sanitaire / monde social.

5 interventions sur des sujets divers :

- Mme Salustro, Tours. Equipe d'interventions en postvention et péri crise après décès ou tentative. Nécessaire sensibilisation des institutions et du monde de l'enseignement. Démarche lancée depuis 15 ans, évaluée et appuyée sur une organisation. Nécessité de conduire l'accompagnement sur la longue durée, un an ou plus.
- Mme Demerre (?), Bruxelles. Activités de sensibilisation pour lutter contre l'inaction et les idées fausses. Pas de recette miracle. Chantier : le cloisonnement entre médecins et non médecins.
- M. Tromeur, Entractes, Colombes. Le jumelage, une solution pour développer la coopération transfrontière ?
- M. Donghia, Luxembourg. Description de l'organisation et du réseau luxembourgeois : 3 salariés s'appuyant sur 30 intervenants, avec une approche spécifique, pour un pays de 500k habitants.
- M. Baise, Lille. Exposé sur un projet d'habitat participatif pour personnes âgées.

CONCLUSION DE LA JOURNEE.

Merci aux intervenants et aux participants.

Une journée fertile, fructueuse, intéressante, qui a permis à tous d'échanger en toute liberté et a montré quels progrès restent à accomplir sur des sujets dont nous savons combien ils sont sensibles et complexes.

Demande aux intervenants de nous adresser leur présentation, pour intégration sur le site Internet dédié à la journée.

Demande aux participants de nous faire part de leurs commentaires, critiques et suggestions, dans la page "Témoignages" du site Internet.

Ceci nous permettra d'avoir une restitution complète des travaux et discussions de la journée, que nous nous proposons d'intégrer sur le site et/ou de faire circuler, sous une forme à déterminer, d'ici à la fin de l'année.

La journée nous a permis de vérifier la validité des objectifs que nous nous étions fixés pour la FEALIPS. Il reste à les mettre en œuvre et nous envisageons de constituer à cet effet un Comité

d'organisation et de coordination et/ou des groupes appelés à travailler sur des projets ou plans d'action ciblés. Les candidatures à ces groupes seront bienvenues.

Ebauche de calendrier :

- en janvier 2012, réunion du conseil d'administration,
- en février 2012, tenue d'une assemblée générale qui aura pour objet d'approuver les statuts rénovés, dans la version approuvée par l'administration, et d'autre part de clore la période "UNCRR",

la date de ces deux réunions étant fonction du feu vert qui doit nous être donné par le Ministère de l'Intérieur,

- en 2012, des réunions, tous les 2 ou 3 mois, du Comité d'organisation et de coordination,
- fin 2012, début 2013, organisation des secondes assises de la FEALIPS, peut-être en Belgique, afin de souligner notre dimension européenne.

Appel à candidatures : nous souhaitons que soient confirmées les intentions manifestées par certains de rejoindre la FEALIPS.

Recherche de fonds : la journée a eu un coût, la poursuite des objectifs de la FEALIPS en aura un ; toutes offres de soutien ou de financement, sous les formes les plus diverses, y compris en nature, seront très appréciées.

X. Tarneaud, président

REACTIONS DIVERSES :

Témoignages :

C'est avec beaucoup d'intérêt que j'ai suivi la création de la FEALIPS et ne peux que me réjouir d'une telle initiative.

Je devais initialement participer à cette journée et y présenter une de nos recherches pour laquelle nous avons mis en œuvre des autopsies psychologiques. Mais je suis convaincue que le projet sera très bien représenté par Marine Bonfils, qui a participé à cette expérience.

En réunissant les acteurs de terrain et de la recherche, j'espère sincèrement que la FEALIPS parviendra à renforcer la mobilisation autour de la prévention du suicide, thématique pour laquelle nous devons continuer à développer des projets de recherche afin de définir les stratégies de prévention les plus efficaces... car malheureusement, dans les pays développés comme ceux à ressources limitées, le suicide est encore une cause de mortalité bien trop importante.

Gaëlle Encrenaz, épidémiologue Inserm Bordeaux

*J'ai bien reçu ton mail concernant les assises de février.
si, je peux bloquer la journée ou une partie, je viendrai avec plaisir.
Un grand bonjour à toute l'équipe de Popincourt et Entr'Actes.
Mon mail wanadoo est saturé de pubs et j'utilise plutôt **lutherie.vocale@hotmail.fr**, boîte qui me permet de répondre vite aux messages.
Bonne fin d'année!
Pierre Thirriard, psychophoniste et professeur de chant. Bonjour Monsieur Tarneaud ,*

Bonjour à tous,

Je salue cette initiative, qui s'inscrit bien dans les évolutions des politiques de santé publique et de cohésion sociale, dans un contexte européen de plus.

Cette Fédération est un bon exemple de construction associative sur un autre modèle que celui de l'Unps et dont le groupe de travail sur les nouveaux statuts pourraient s'inspirer. La démarche d'Assises pour établir les besoins et attentes les plus actuelles devrait être particulièrement utile pour la cohérence des prochaines manifestations et colloques.

Philippe pourrait en parler en bureau et au CA?

Bonne journée à tous

F.Facy Le 23 novembre 2011 12:21, unps

Il a fallu que je reçoive votre courrier cet après midi pour me rendre compte que je ne vous avais pas, vous et Philippe Carette, remerciés pour l'organisation des "Assises" de la FEALIPS qui se sont tenues à Paris le 7 décembre dernier.

Nous avons été sensible, Martine Métivier et moi même à l'accueil que vous nous avez réservé. Je suis conscient du travail et des préoccupations qui ont dû être les vôtres pour la préparation de cette rencontre. Je pense que tous les participants ont appréciés les exposés et les échanges qui ont eu lieu lors de cette journée. Puisse cette première manifestation sous le nom de la nouvelle Fédération favoriser le lancement et le développement de ce qui devrait assurer la suite de l'Union Nationale des Centres Recherche et Rencontres.

J'ai pris bonne note des dates proposées pour la réunion du C.A. de l'UNCRR et des A.G.ordinaire et extraordinaire. Je m'efforcerai d'assister à ces deux journées.

Martine Métivier est actuellement en congés annuels. Je la contacterai dès son retour, la semaine prochaine. Nous vous tiendrons informé dès lors, de ses possibilités.

Comme vous je souhaite bon vent à la Fédération naissante.

En cette fin d'année je vous adresse mes meilleurs voeux de réussite de santé et de joie pour vous et votre famille et vous souhaite un joyeux Noël.

Amicalement

Guillaume Jugeau

Président de l'association Recherche et Rencontres de Nantes

Lettre du président aux adhérents de l'union suite aux premières assises.

A: Mesdames et Messieurs Ausseur, Boucharlat, Brès, Butel, Carette, de Chevron-Villette, Coutel, Darroy, Hilaire, Jugeau, Métivier, Rémésy.

Paris, le 20 décembre 2011

Chers amis,

A l'orée de cette période de festivités de vacances et de la fin d'une année qui fut animée et peu facile, je souhaite faire le point sur les événements récents.

Les "assises" que nous avons tenues le 7 Décembre, tout d'abord : elles ont connu un certain succès avec la participation d'une soixantaine de personnes, venant de tous horizons, dont bien sûr les représentants des Centres de Brive, Grenoble, Nantes, Toulouse et Paris, mais aussi de quelques personnalités : Thérèse Hannier, présidente de l'UNPS, Jean-Pierre Soubrier, expert auprès de l'OMS, Françoise Facy. Nous avons également reçu de nombreux témoignages de sympathie, d'encouragement et de félicitations. Le Secrétariat d'Etat à la Santé, l'ARS, la Mairie de Paris ont été et se sont tenus informés de cette manifestation qu'ils ont jugée bienvenue alors que le "Programme national d'actions contre le suicide", bien que publié en Septembre, ne semble s'être traduit à ce jour par aucune action ou décision pratique. Grâce à l'énorme travail et aux démarches de Philippe Carette, avec l'aide des collaborateurs du Centre de Paris, et pour un coût financier modeste, cette journée a opportunément attiré l'attention sur notre Union et fait ressortir l'utilité de notre approche dans un monde sanitaire et social en pleine reconstruction.

<https://sites.google.com/site/assisesfealips2011/home/programme> ,

le site Internet dédié à ces assises en décrit le contenu ; il sera enrichi dans les semaines à venir des contributions des intervenants ainsi que des témoignages reçus.

En décidant de réunir ces assises, nous avons anticipé une décision positive du Ministère de l'Intérieur sur les propositions de **modification des statuts et de la raison sociale de l'UNCRR, que nous avons approuvées en assemblée générale le 7 juin dernier**. Nous avons sous-estimé la complexité et la durée de la procédure, s'agissant des statuts d'une association, dotée de la reconnaissance d'utilité publique. M'inquiétant du silence du Ministère, j'ai établi un contact avec le responsable du dossier : celui-ci apparaît recevable dans son ensemble mais il nous est demandé de faire des rectifications, de pure forme, et j'ai entamé une navette à cet effet avec le Ministère.

Nous devons alors reprendre tout le processus, c'est-à-dire faire approuver les statuts ainsi modifiés à nouveau par une assemblée générale de l'UNCRR, renvoyer le dossier au Ministère de l'Intérieur, ainsi qu'aux Ministères en charge de la Santé et des Affaires sociales, avant soumission au Conseil d'état qui statuera par décret. Mon interlocuteur au Ministère estime que ce processus pourrait prendre "entre 6 mois et un an" !

Restant optimiste, j'espère obtenir dans les 15 jours un accord de principe sur le texte. Il nous faudra alors convoquer une assemblée. Pour ce faire, **nous devons réunir le conseil d'administration, et je vous propose pour ce faire le Vendredi 6 janvier 2012.**

Cette réunion du C.A. aura pour ordre du jour 3 points :

- approbation du P.V. du C.A. du 7 juin 2011
- convocation d'une assemblée générale ordinaire et extraordinaire
- cooptation de nouveaux administrateurs
- point sur la situation des membres de l'UNCRR.

L'assemblée générale ordinaire et extraordinaire pourrait se réunir le Jeudi 9 Février 2012, avec les ordres du jour suivants :

- **AG ordinaire** :
 - rapport moral,

- rapport financier,
- approbation des comptes 2011,
- fixation de la cotisation des membres pour l'exercice 2012.
- **AG extraordinaire**
 - modification des statuts et pouvoirs au Président et au Secrétaire pour procéder à leur régularisation

Cette assemblée générale sera suivie d'une réunion du conseil d'administration qui aura pour ordre du jour les points suivants :

- approbation du P.V. du C.A. du 6 janvier 2012,
- désignation des membres du bureau : président, vice-président, secrétaire, trésorier.

Vos commentaires et suggestions sur ce qui précède seront appréciés : il est indispensable que nous entretenions un dialogue permanent et constructif, car avec Philippe Carette, j'ai évidemment besoin d'être guidé et encouragé dans cette période de reconstruction de l'Union et de son évolution vers la FEALIPS dans un environnement mouvant et instable.

Martine Métivier, Jean-Marie Coutel et Philippe Butel sont intervenus dans le cadre des assises du 7 Décembre, fort efficacement, et ils ont démontré fort à propos l'antériorité, la spécificité et l'efficacité de l'approche R&R. Jean-Regis Hilaire devait intervenir lui aussi mais a dû se retirer, confronté à des obligations professionnelles. Guillaume Jugeau et Marie Rémésy nous ont confortés par leur présence bienveillante. L'équipe de Paris était bien représentée. Je les remercie tous très vivement.

Je reprendrai contact très prochainement avec vous au sujet du conseil du 6 janvier 2012, ne serait-ce que pour en confirmer la date et vous adresser le P.V. du C.A. du 7 juin et les C.V. des candidats au C.A.

A l'approche de cette fin d'année, je formule des vœux pour le succès des démarches que nous avons entreprises voici plus de trois ans pour faire évoluer la magnifique entreprise lancée il y a 50 ans par nos fondatrices, pour que nos structures ainsi renouvelées contribuent efficacement à soulager la misère morale des personnes que nous accompagnons et qu'enfin vous, présidents, ou directeurs de nos associations membres ainsi que tous vos administrateurs et collaborateurs puissiez participer avec bonheur et efficacité au succès de notre future FEALIPS.

X. Tarneaud
lePrésident

Informations complémentaires échangées à l'occasion de ses assises

6^{èmes} Journées de prévention du suicide au Luxembourg - Février 2012

Suizidpräventioun am Alter

Ee weidere Bausteen !

Sous le Haut Patronage de Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé

Sous le Haut Patronage de Marie-Josée Jacobs, Ministre de la Famille et de l'Intégration

- **Conférence du Prof Dr Erhard OLBRICH** • 7 février de 19h00 à 21h30 (**entrée libre**)
Fondation Pescatore • 13, av. Jean-Pierre Pescatore • L-2324 Luxembourg
- Conférences & Workshops • 8 février de 9h00 à 17h30 (frais d'inscription : 80 €)
« Prévention et prise en charge bio-psycho-sociale de la personne âgée suicidaire »
Couvent des Franciscaines • 50, av. Gaston Diderich • L-1420 Luxembourg
- Conférences & Workshops • 9 février de 9h00 à 17h30 (frais d'inscription : 80 €)
« La Perte d'autonomie chez la personne âgée »
Couvent des Franciscaines • 50, av. Gaston Diderich • L-1420 Luxembourg

Une initiative du

Centre d'Information et de Prévention

21, boulevard Pierre Dupong | L-1430 Luxembourg

Moins touchée que les autres pays d'Europe et que le Japon, en raison d'une fécondité plus dynamique, la France connaît néanmoins un vieillissement sensible de sa population. Les chiffres viennent confirmer cette évolution. Ainsi, notre pays comptera 73,6 millions d'habitants en 2060, soit 11,8 millions de nouveaux habitants. Parmi eux, les plus de 60 ans représenteront à (...)

➤ [Lire la suite](#) sur le site du ministère de la solidarité

Des financements de l'UE pour promouvoir le vieillissement actif

15 décembre 2011

Le Comité des régions, AGE Platform Europe et la Commission européenne ont publié une brochure (...)

Le site italien dédié à l'année européenne du vieillissement actif est en ligne

14 décembre 2011

Le département des politiques de la famille de la présidence du Conseil des ministres est (...)

➤ [Lire toutes les actualités](#)

Initiatives 17 janvier 2012

Ouverture de l'année européenne à Copenhague

Conférence d'ouverture de l'année européenne à Copenhague les 17 janvier et 18 janvier 2012

➤ [Voir tous les événements](#)

Bien souvent, l'âge est perçu comme un problème, tant à titre individuel qu'à l'échelle de la société. On oublie que le fait de pouvoir vivre aussi âgé est une réussite en soi. (...)

➤ [Lire la suite](#) sur ministre.gouv.fr/1/www.travail-solidarite.gouv.fr/accueil

© Ministère des solidarités et de la cohésion sociale 2011



TR: [svi2] FW: Information : Solidarité avec les pays tiers : quelles perspectives pour le volontariat européen? 3