



# **Le suicide en France**

## **10 ans de Prévention**

Bilan des 10<sup>èmes</sup> Journées Nationales de Prévention du Suicide  
Conseil Economique et Social les 2, 3 et 4 février 2006

# Le suicide en France



## Etat des lieux



### Evolution du suicide en France 1993 – 2002

La France est l'un des pays industrialisés les plus touchés par le phénomène du suicide. Avec plus de 10 000 décès par an en France, le suicide est la première cause de mortalité chez les 35-44 ans, et la deuxième cause chez les 15-24 ans. Ces chiffres déjà considérables ne prennent cependant pas en compte les suicides « déguisés » en accident (accidents de la route et chutes notamment).

Chaque année, le Service d'Information sur les Causes Médicales de Décès de l'INSERM produit et publie la statistique des causes des décès en France. Les dernières données analysées à ce jour sont celles de l'année 2002, dont voici les principaux chiffres :

- Total des décès par suicide : 10 632
  - Hommes : 7 720 → 73% du total des suicides
  - Femmes : 2 912 → 27% du total des suicides
  
- Tranche d'âge de 15 à 24 ans : 589 (5,5% du total des suicides)
  - Hommes : 469 (4,4% du total des suicides - 6% des suicides masculins)
  - Femmes : 120 (1,1% du total des suicides - 4,1% des suicides féminins)
  
- Tranche d'âge de 30 à 59 ans : 5 926 (55,7% du total des suicides)
  - Hommes : 4 312 (40,5% du total des suicides - 56% des suicides masculins)
  - Femmes : 1 614 (15,2% du total des suicides - 55% des suicides féminins)
  
- Tranche d'âge plus de 60 ans : 3 536 (33,3% du total des suicides)
  - Hommes : 2466 (23% du total des suicides - 32% des suicides masculins)
  - Femmes : 1070 (10% du total des suicides - 37% des suicides féminins)

Pour les moins de 15 ans, 37 décès par suicide ont été enregistrés en 2002.  
Pour les 25 - 29 ans, 544 décès ont été dénombrés.

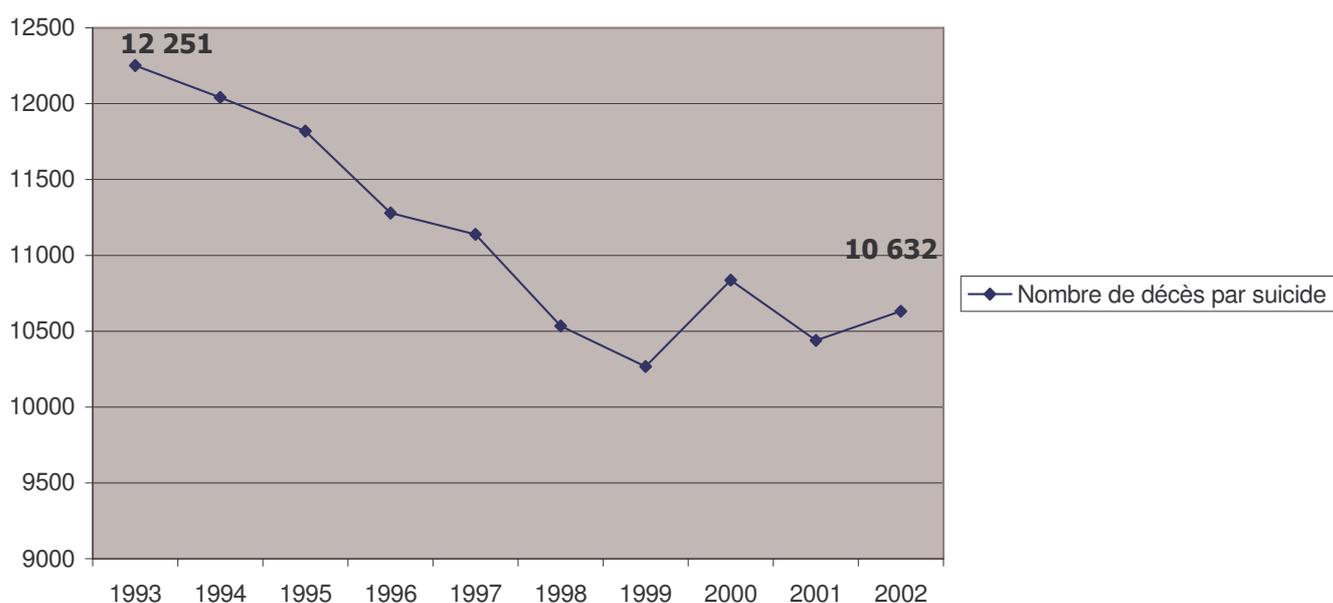
## ■ LES FAITS MARQUANTS

La mobilisation des professionnels et des bénévoles pour la prévention du suicide, ainsi que l'émergence de la question du suicide au sein du débat public depuis 10 ans commencent à porter leurs fruits : les chiffres des décès par suicide baissent régulièrement depuis 1993. En 2002, il y avait ainsi 1 619 décès en moins par rapport à 1993.

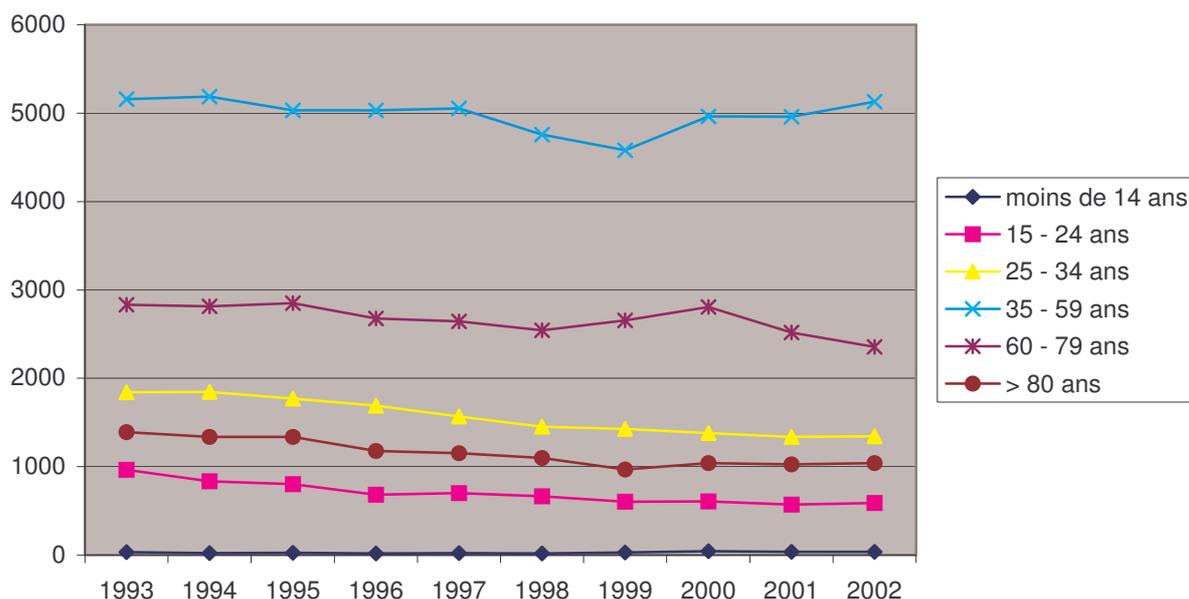
Cette baisse de mortalité par suicide ne concerne cependant pas de manière égale toutes les catégories de population (voir graphique ci-dessous) : si le nombre de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans a baissé de 40% environ en 10 ans (966 morts en 1993, 589 en 2002), la baisse est moins marquée pour les plus de 60 ans : le nombre de suicide de personnes âgées a diminué de 15% environ en 10 ans.

De façon plus préoccupante, le suicide des adultes reste stable : près de 6000 adultes entre 30 et 59 ans continuent à mourir chaque année, dans une quasi-indifférence de la société.

Evolution des décès par suicide de 1993 à 2002



### Evolution du suicide de 1993 à 2002 par tranche d'âge



### ■ UNE SURMORTALITE MASCULINE

En France, **3 morts par suicide sur 4 sont des hommes**. Le taux de suicide est de 26,6 pour 100 000 hommes et de 9,5 pour 100 000 femmes.

Des facteurs peuvent expliquer cette sur-mortalité masculine :

- un recours aux soins moins fréquent que chez la femme,
- les hommes sont moins enclins que les femmes à exprimer un mal-être ou un état dépressif,
- les hommes se suicident de façon plus violente que les femmes.

La pendaison et l'arme à feu sont les moyens les plus souvent à l'origine des suicides masculins. Les femmes utilisent plus la tentative de suicide comme un appel à l'aide, et privilégient le recours aux médicaments, qui laissent une chance de survie plus importante. Il est à ce titre important de noter que **les femmes (tous âges confondus) font 4 à 5 fois plus de tentatives de suicide que les hommes**.



# Etat de santé des suicidés avant leur passage à l'acte

C'est la première étude\* de cette ampleur réalisée en France, concernant la connaissance de l'état de santé des personnes suicidées, chez 308 sujets connus des services de Médecine Légale des villes de Saint-Etienne et de Lyon.

Les éléments médicaux ont été obtenus à partir des dossiers des services de Médecine et des dossiers de l'Assurance Maladie (régime général et Mutuelles associées, uniquement) de ces différentes personnes.

Ainsi, tous les renseignements relatifs aux soins, aux hospitalisations, aux prescriptions médicamenteuses et leur évolution dans les 6 mois précédant le geste, mais aussi les types de médications prescrites, sont des données objectives et non des éléments rapportés par des témoins, aussi fiables soient-ils.

Par ailleurs et pour la première fois nous avons pu faire une étude comparative étayée par les tests de significativité (Khi-deux) avec une population témoin de 1415 personnes ayant les mêmes caractéristiques que la population des personnes suicidées (sexe, âge, résidence).

## ■ METHODOLOGIE

- SERVICE DE MEDECINE LEGALE DE SAINT-ETIENNE ET INSTITUT MEDICO-LEGAL DE LYON

Recueil des données médico-légales : suicidé(e)s du 01/05/2003 au 31/10/2004

308 dossiers (212 hommes et 96 femmes)

- âge des suicidés
- sexe
- mode
- jour
- lieu
- activité professionnelle
- statut matrimonial
- antécédents de T.S.
- toxicomanies, alcoolisme

---

\* Cette étude a été l'objet de la thèse du Dr Eric BONNE (Faculté de Médecine, St Etienne – Sept. 2005)

- SERVICES MEDICAUX DE L'ASSURANCE MALADIE DE SAINT-ETIENNE ET DE LYON

Recueil des données médicales concernant les 6 mois précédant le suicide :

308 dossiers (212 hommes et 96 femmes)

Consommation de soins :

- consultations chez un médecin
- délivrance de psychotropes
- bénéficiaire d'une A.L.D.30
- antécédents d'hospitalisation

- ETUDE STATISTIQUE

Etude : population des suicidés (308) vs population témoin (1415) - test du Khi-deux

## ■ CONCLUSION DE L'ETUDE

Confirmation de données antérieures :

La mort par suicide est essentiellement masculine (deux hommes pour une femme), l'âge de prédilection pour les deux sexes se situant dans la tranche des 30 à 59 ans. Pour la très grande majorité de ces suicides, le geste suicidaire s'inscrit dans le cadre d'une pathologie parfois lourde (A.L.D. 23), en tout cas **suivie médicalement** et avec des symptômes psychiatriques prédominants.

En ce qui concerne la consommation de soins, dont les consultations médicales, hospitalisations, prescriptions médicamenteuses et leur type, on note par rapport aux sujets témoins une sur-consommation de consultations chez le médecin généraliste et à un degré moindre chez le psychiatre, chez les hommes et chez les femmes à tous les âges de la vie. Pour les deux sexes et au-delà de 30 ans, on observe une sur-consommation de médicaments psychotropes, antidépresseurs notamment, hypnotiques et tranquillisants et surtout en poly-thérapie. Enfin, chez l'ensemble des suicidés on retient le recours significatif plus fréquent à une

hospitalisation (générale ou psychiatrique) dans les 6 mois qui précèdent le geste mortel.

De l'ensemble de ces éléments, il ressort que la mortalité suicidaire reste une complication de la psychopathologie suivie médicalement, mais pas toujours par un psychiatre. La prévention du geste passe donc par une meilleure adéquation entre les soins et l'état clinique, mais il faut considérer aussi que dans un grand nombre de cas, le suivi médical ne suffira pas à lui seul à prévenir le passage à l'acte mortel. Les conditions d'environnement (entourage familial, entourage social) auront toute leur importance, et la prévention suppose donc la mobilisation et une meilleure coordination entre l'ensemble de ces acteurs.

#### Données nouvelles :

L'étude a permis d'attirer l'attention sur la corrélation statistiquement significative entre l'augmentation récente de la prescription des médicaments psychotropes (moins d'un mois) et le geste suicidaire. Evidemment cela démontre une aggravation de la symptomatologie et donc un risque accru de passage à l'acte, mais en même temps cela doit rendre vigilant tous les praticiens qui sont amenés dans le suivi de leur patient à augmenter de façon significative les doses de psychotropes. Le risque suicidaire est alors important et cela suppose de renouveler fréquemment les consultations voire d'inciter le patient à se faire hospitaliser, ou à consulter un spécialiste lorsqu'il ne l'a pas encore fait.

Il a été trouvé une différence significative entre les suicidés bénéficiant de l'Exonération du Ticket Modérateur à la suite d'une Affection Longue Durée principalement lorsque celle-ci est d'origine psychiatrique, et les autres. De la sorte il faut retenir que la mise sous A.L.D. d'un patient, notamment dans les tranches d'âge de 30 à 60 ans doit s'accompagner d'un suivi spécifique pour prévenir un passage à l'acte suicidaire. Il a même été observé que certains de ces patients n'avaient eu aucune consommation de soin dans les 6 mois précédant le passage à l'acte. Il serait donc nécessaire que ces patients soient suivis plus régulièrement sur le plan médical.

Les suicidés ayant eu recours aux antidépresseurs sont moins suivis par un psychiatre que les sujets témoins suivant le même traitement.

35 % des hommes et 15 % des femmes ne sont pas suivis médicalement dans les 6 mois précédant leur geste. Dans ce cas la prévention passera:

- par un meilleur accès aux soins, notamment pour les hommes : on sait que ceux-ci se soignent globalement moins que les femmes et notamment lorsqu'ils présentent une psychopathologie principalement dans le versus dépressif ;
- par une meilleure connaissance de leur situation personnelle et sociale (solitude, rupture conjugale, chômage) de façon à mobiliser autour d'eux un réseau relationnel, notamment associatif pour les soutenir dans un moment de vie difficile.

Cette étude, du fait des éléments contenus dans les dossiers n'a pas permis par contre de connaître de façon suffisamment précise la situation matrimoniale et professionnelle des personnes suicidées. Il faudra développer d'autres protocoles de recherches de façon à améliorer nos connaissances à ce niveau et ainsi à développer la prévention à partir de données mieux fondées.



# Les Français et le suicide

## (enquête UNPS – MACIF Prévention)

En janvier 2000, l'UNPS avait réalisé avec la Sofres un sondage auprès d'un échantillon représentatif de la population française afin de mieux connaître l'attitude des Français à l'égard de la question du suicide. A l'occasion des 10<sup>èmes</sup> Journées Nationales pour la Prévention du Suicide, l'UNPS, en partenariat avec Macif Prévention, a décidé de mener une enquête identique afin d'étudier l'évolution de l'attitude de la société française à l'égard du suicide.

L'étude, menée par la société Anacom, repose sur des entretiens effectués en face-à-face, à domicile, du 26 décembre 2005 au 7 janvier 2006, auprès d'un échantillon de 551 personnes représentatives de l'ensemble des Français âgés de 18 ans et plus.

### ■ PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L'ENQUETE

#### ▪ Un phénomène social encore sous-estimé et méconnu

Alors que sont dénombrés environ 150 000 cas d'hospitalisation par an liés à une tentative de suicide, la sous-estimation du phénomène s'est aggravée entre 2000 et 2006 :

- 60% des interviewés pensent qu'il y a 50 000 tentatives de suicide ou moins par an (contre 48% en 2000),
- 18% seulement des personnes interrogées pensent que le nombre de tentatives de suicide est de 100 000 ou plus par an (23% en 2000).

De la même façon, le nombre de décès par suicide (plus de 10 000 par an) est plus largement sous-estimé que lors de la précédente enquête :

- 39% des interviewés pensent que le nombre de décès par suicide est de 5 000 par an environ (contre 24% en 2000),
- seuls 24% pensent qu'il est d'environ 10 000.

La méconnaissance du fait suicidaire est confirmée, puisque le décès par suicide est nettement associé à l'adolescence - un fait lié à la forte médiatisation des cas de suicides chez les jeunes ces dernières années - et que pratiquement aucune différence n'est établie entre les hommes et les femmes.

Or, il existe une réelle différence entre les personnes qui tentent de se suicider et celles qui meurent par suicide :

- une différence de sens, la tentative étant le plus souvent vue comme un appel à l'aide,
- une différence de population.

Le taux de tentatives de suicide diminue depuis l'adolescence jusqu'à la vieillesse, alors qu'inversement le taux de décès par suicide augmente avec l'âge, devenant six à sept fois supérieur après 65 ans qu'entre 15 et 25 ans. Par ailleurs, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes, alors que la mort par suicide est trois fois plus fréquente chez les hommes.

- Une personne sur quatre concernée par le suicide d'un proche

Le suicide atteint notre société en profondeur :

- une personne sur quatre déclare avoir été directement concernée par le suicide d'un membre de sa famille ou d'un ami proche,
- au total, 39% des interviewés ont été confrontés à un décès par suicide dans leur entourage, contre 35% en 2000. Ces chiffres soulignent l'importance de l'action menée par les associations de soutien aux familles endeuillées\*.

A noter, alors qu'il existe une importante disparité entre le nombre de tentatives de suicide et le nombre de décès (avec un rapport de l'ordre d'un sur dix), les réponses à ces deux questions sont pratiquement identiques. Il semblerait qu'une tentative de suicide non aboutie soit considérée comme insuffisamment

---

\* Notamment Phare Enfants - Parents, Jonathan Pierres Vivantes et Vivre son Deuil, qui ont été associées à l'UNPS dès sa création.

inquiétante ou grave pour laisser un souvenir marquant. Cela semble également confirmer qu'un certain nombre de tentatives restent méconnues de l'entourage.

- Plus de tentatives, moins de morts

L'enquête révèle que la propension au suicide a sensiblement augmenté en six ans:

- **17% des interviewés déclarent avoir sérieusement envisagé de se suicider**, contre 13% en 2000,
- parmi ces 17%, **7% déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide ayant conduit à une hospitalisation**, un pourcentage également en hausse par rapport à 2000.

La proportion des personnes interrogées ayant déjà pensé au suicide, mais seulement de façon vague, est par contre restée à peu près stable (16% en 2000, 13% en 2006).

Au total, si l'on comptabilise le nombre de personnes ayant sérieusement envisagé de se suicider et les personnes ayant pensé au suicide de façon vague, on note une stabilité des chiffres entre 2006 et 2000 (30% contre 29%). Il s'agit donc plus d'une **évolution en termes d'intensité de la pensée : le suicide semble être envisagé sérieusement plus facilement.**

Mais cette évolution négative est à mettre en corrélation avec la baisse régulière du nombre de morts chaque année : si le nombre de tentatives de suicide est en augmentation, **le passage à l'acte est moins mortel.**

- Une plus grande désespérance

De façon massive, les interviewés refusent l'idée du suicide, estimant que d'autres solutions existent toujours. Cependant, l'attitude de résignation face au suicide comme seule issue envisageable a doublé depuis l'enquête précédente :

- **19% des interviewés pensent que le suicide est la seule solution dans certains cas**, contre **9% en 2000**,
- **81% des personnes interrogées estiment que le suicide n'est jamais la seule solution envisageable** (contre 86% en 2000).

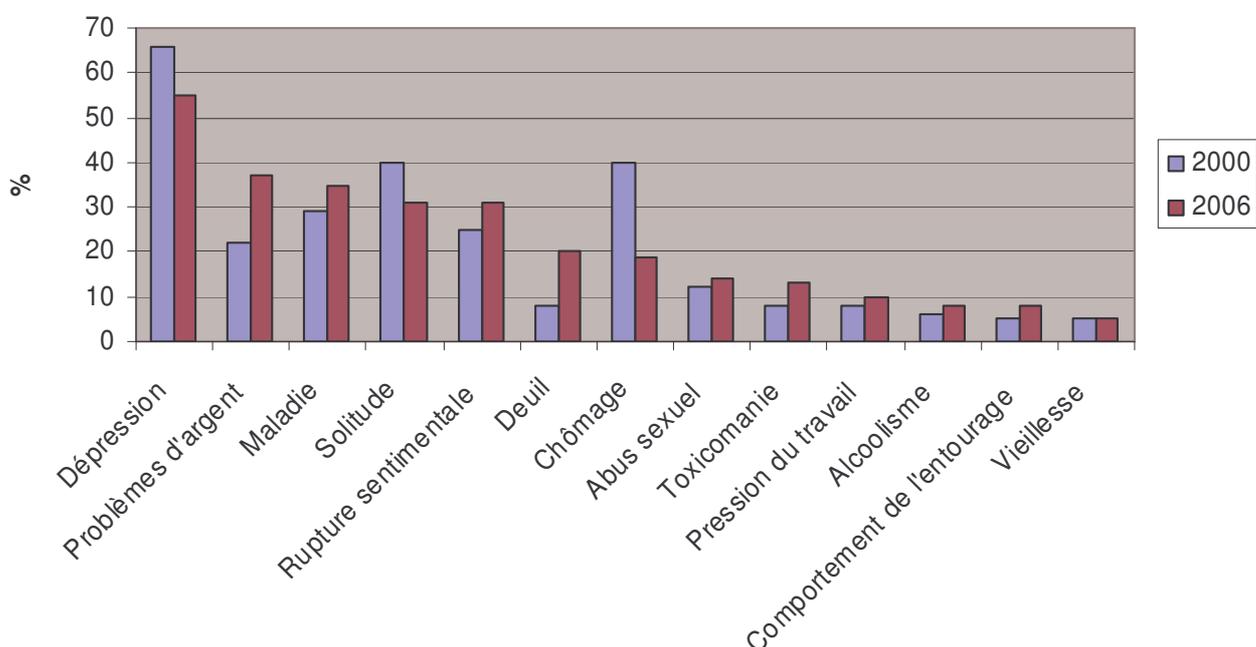
Plus encore qu'il y a six ans, le suicide est perçu comme résultant d'un état de profonde détresse :

- pour 57% des interviewés (49% en 2000) il s'agit d'un acte de désespoir,
- pour 38% il résulte d'une souffrance insupportable (contre 37% en 2000).

Les causes attribuées au suicide relèvent souvent d'évènements précis de la vie, en premier lieu les problèmes financiers, la maladie, les ruptures sentimentales et le deuil.

La variation la plus importante concerne le chômage, qui semble se banaliser.

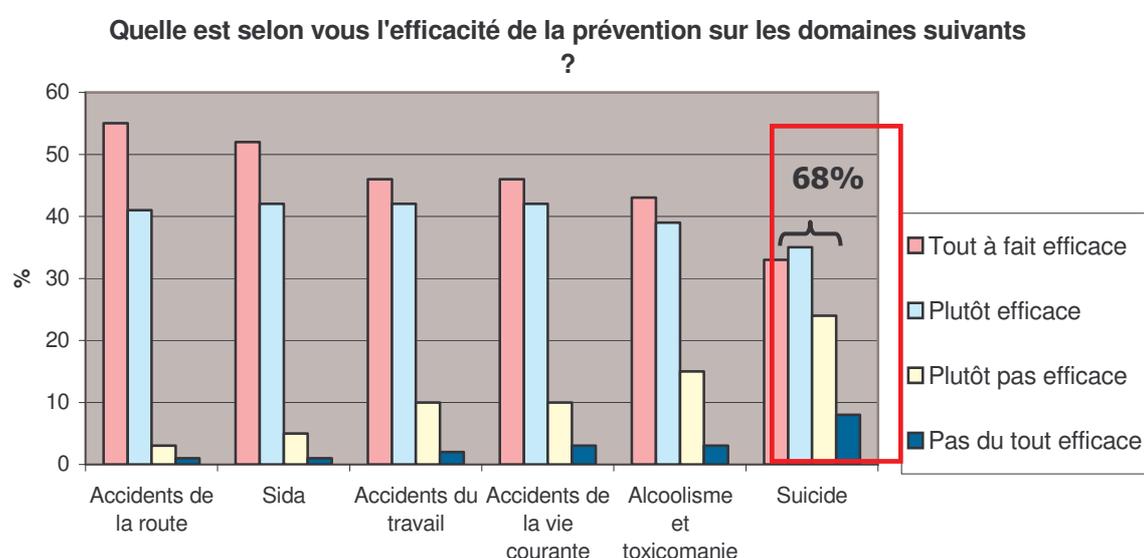
### Parmi ces situations personnelles, quelles sont celles qui peuvent le plus souvent conduire au suicide selon vous ?



- Une prévention jugée importante mais complexe

En comparaison avec d'autres domaines de prévention, la complexité de la prévention du suicide est soulignée par les interviewés. Elle est considérée comme la moins susceptible d'être efficace, mais cependant **plus importante que celles des accidents de la vie courante et des accidents de travail.**

Au total, **68%** des personnes interrogées jugent que la prévention du suicide peut être efficace.



- Une attente de communication sur le suicide plus fortement exprimée

Plus encore qu'il y a six ans, une prise de parole des médias sur le problème du suicide apparaît indispensable à une majorité d'interviewés :

- pour **74%** d'entre eux, **il est nécessaire de parler du suicide dans les grands médias (presse écrite, radio, TV) ou lors de manifestations publiques (68% en 2000).**

A l'encontre des idées reçues selon lesquelles parler du suicide inciterait certaines personnes à passer à l'acte, **le débat public est perçu de façon croissante comme bénéfique pour la prévention du suicide.**



# Le suicide en France



## Perspectives



### Mieux connaître le suicide

Toute prévention passe par une meilleure connaissance du phénomène à prévenir. Elle suppose donc la disposition d'outils spécifiques, notamment épidémiologiques et cliniques.

#### ■ MISE EN PLACE D'UN OBSERVATOIRE DU SUICIDE ET DES CONDUITES SUICIDAIRES

Depuis plusieurs années, l'UNPS souhaite la mise en place d'un « observatoire du suicide », afin de mieux connaître qui sont les personnes qui passent à l'acte, quel parcours de vie médical et social et quels événements ont pu les mener à accomplir ce geste. Une meilleure connaissance des suicidants et suicidés permettrait de développer une politique de prévention mieux ciblée et plus efficace.

Cet observatoire devrait être une structure publique et indépendante animée par un collège d'administrateurs représentant :

- les associations de professionnels, d'écouter bénévoles, et des familles impliquées dans la prévention du suicide
- d'experts qualifiés dans le champ de la famille, de l'Education Nationale et de la jeunesse, du travail, et des personnes âgées

- de représentants des administrations concernées :
  - DGS
  - DHOS
  - Direction de la jeunesse
  - Direction du travail
  - Ministère des personnes âgées
  - Ministère de l'Education Nationale

L'observatoire pourrait être présidé par une personnalité désignée par le Ministre de la Santé. Il pourrait susciter les recherches qui lui sembleraient utiles pour une meilleure connaissance du fait suicidaire. Il pourrait également faire appel à des partenaires privés pour mener à bien l'ensemble des ces actions.

## ■ POURSUIVRE LES ETUDES ENGAGEES

### ◆ LA SANTE DES SUICIDES

Améliorer la connaissance des situations humaines pouvant faire le lit de la conduite suicidaire, notamment par la méthode de l'autopsie psychologique.

### ◆ AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE

Un groupe d'experts de l'INSERM doit remettre prochainement des propositions pour que cette approche méthodologique puisse être utilisée en France.



## **Développer les actions de prévention en direction des publics fragilisés**

Depuis l'époque des premiers réseaux d'écouterants bénévoles, il y a 50 ans, les actions en faveur de la prévention du suicide se sont poursuivies et des pistes nouvelles sont aujourd'hui envisagées. La prévention du suicide reste cependant le **parent pauvre de la santé publique** : alors que 7 millions d'Euros sont dépensés chaque année pour les campagnes d'affichage de la Sécurité Routière, aucune campagne publique de communication n'a encore été organisée pour la prévention du suicide.

### **■ LES ACTIONS EN FAVEUR DES ADULTES**

Des **mesures ciblées à destination des adultes** peuvent être envisagées. La tentation suicidaire intervient souvent lorsque la personne est dans une situation de rupture : licenciement, divorce, surendettement ou deuil. Des actions communes avec les structures en charge de ce type de situations - maisons pour l'emploi, ordre des avocats, commissions de surendettement et mutuelles - pourraient être engagées afin d'aller à la rencontre de ces « populations à risque ». Le **partenariat UNPS - Macif Prévention pour les familles endeuillées** constitue un exemple de ce type d'action de prévention.

### **■ LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES ENDEUILLEES :**

- **Le protocole Macif Prévention - UNPS pour les familles endeuillées : une initiative de soutien inédite**

Le 1<sup>er</sup> février 2005, la Mutuelle signait un protocole d'actions en collaboration avec l'UNPS, visant à **développer et organiser l'accompagnement et le soutien psychologique des sociétaires Macif traumatisés par le suicide d'un proche**.

En 2006, ce protocole se traduit par la mise en place d'un **réseau national d'écouterants bénévoles et de psychologues cliniciens** recrutés et formés par l'UNPS à la problématique du deuil après un suicide. Ce réseau unique en France

sera **opérationnel dès le 1<sup>er</sup> avril 2006** dans 32 départements. Son extension à tout le territoire est prévue pour le second semestre 2006.

Le soutien aux familles s'effectue de la façon suivante :

- après réception d'une déclaration de suicide, la Macif informera par courrier les membres de la famille du soutien psychologique dont ils peuvent bénéficier et leur communiquera un **numéro vert dédié, réservé aux sociétaires ou ayants droits Macif**,
- **30 écoutants bénévoles**, issus de 8 associations\* affiliées à l'UNPS et partenaires du projet seront **à la disposition des familles** de sociétaires endeuillées par un suicide pour leur apporter une écoute personnalisée et anonyme,
- Le soutien aux familles endeuillées peut se poursuivre par **des consultations chez un psychologue clinicien**. A cet effet un réseau a été créé en collaboration avec l'UNPS. Ces consultations sont prises en charge dans le cadre du contrat familial accident couvrant les accidents de la vie privée.

Dans le dispositif national, **une centaine de salariés habituellement en relation avec les familles endeuillées seront sensibilisés** à la problématique du suicide afin d'optimiser la relation avec le sociétaire.

- **Brochure « Vous êtes en deuil après un suicide »**

L'UNPS en partenariat avec la DGS a élaboré une brochure à l'intention des familles endeuillées après le suicide d'un proche. Cette brochure est diffusée à 8.000 exemplaires, et elle est déjà réclamée par plusieurs associations et institutions.

---

\* Phare Enfants/Parents, Jonathan Pierres Vivantes, Vivre son Deuil, Courbevoie Ecoute Jeunes, Loire Prévention Suicide, SOS Suicide Phénix, SOS Amitié, Recherches et Rencontres.

## ■ OPERATION « UN MESSAGE POUR LA VIE » : UN SUCCES PORTEUR D'ESPOIR

Sur proposition de l'UNPS, et en partenariat avec elle, la Macif décidait en 2004 et 2005 d'associer ses 4,5 millions de sociétaires à sa démarche de prévention du suicide, avec l'opération « Un message pour la vie ». Les sociétaires et leur entourage étaient invités à exprimer par écrit le soutien qu'ils aimeraient apporter à des personnes en situation de détresse et pouvant être tentées par un acte suicidaire. Pour chaque message reçu, la Macif reversait 1€ à l'UNPS pour soutenir ses actions de terrain.

L'objectif de l'opération était multiple : il s'agissait tout d'abord de lever le tabou et le silence qui pèsent encore trop lourdement sur la question du suicide, en mobilisant pour cette cause l'ensemble des sociétaires de la Macif et leur entourage.

Les éditions précédentes de cette opération ont également permis, à travers l'analyse des messages reçus, de tirer des enseignements utiles pour l'action quotidienne des associations affiliées à l'UNPS et déterminer de futures orientations en matière de prévention. Il apparaît notamment qu'aujourd'hui, les personnes en situation de détresse attendent en priorité un soutien respectueux du caractère individuel de chacun. Le recours systématique aux médicaments est fortement critiqué et refusé.

A l'occasion des 10<sup>èmes</sup> Journées Nationales pour la Prévention du Suicide, la Macif a décidé de reconduire l'opération « Un message pour la vie ».

## ■ EVALUATION DES SERVICES DE TELEPHONIE SOCIALE OEUVRANT DANS LA PREVENTION DU SUICIDE

L'objectif de l'évaluation est de permettre à la fois aux pouvoirs publics, aux associations et aux accueillants eux-mêmes de vérifier le bien-fondé de ce qu'ils font, chacun dans son rôle : dans quelle mesure chaque entretien répond à ce qu'on peut en attendre et dans quelle mesure l'ensemble de tous ces accueils individuels satisfait le besoin collectif d'une politique de santé mentale. Il ne s'agit

pas de permettre à une autorité particulière de porter un jugement unilatéral sur les autres parties prenantes, mais bien de permettre à chaque acteur de ce système de dégager pour lui-même les enseignements susceptibles d'améliorer son action.

Il apparaît donc maintenant assez clairement que l'évaluation sera globale et qu'elle interviendra à 3 niveaux :

- Au niveau de la politique de santé publique. Il s'agit de voir quel rôle joue la téléphonie sociale dans la prévention du suicide et comment les pouvoirs publics pourraient orienter leur action
- Au niveau des associations. Il s'agit pour elles de voir, non pas tant si leur charte et leurs règles sont appliquées par les écoutants, mais si celles-ci sont pertinentes en ce qui concerne la prévention du suicide.
- Au niveau des écoutants eux-mêmes. Ils n'ont pratiquement jamais le moyen de savoir si leur action a été efficace et ils en ressentent une grande frustration comme le montre le rapport «Paroles d'écoutants ». Une évaluation sérieuse leur apporterait une réponse générale à cette question.

## ■ LES ACTIONS EN PARTENARIAT AVEC RATP

Le groupe a continué son élan à la suite d'une réunion générale à l'automne 2004, réunion rassemblant les responsables de l'UNPS, ceux de la RATP et ceux de la DGS. Le rapport final de la 2<sup>ème</sup> Phase de l'étude « *Prévention du Suicide des Voyageurs dans le domaine de la RATP* » a été publié en novembre 2005.

La RATP a décidé mettre en place une sensibilisation de son personnel à la problématique du suicide, et de mener une action de formation. L'UNPS est sollicitée pour apporter son concours à la mise en place des outils nécessaires à l'élaboration d'un module de formation.

