



HAL
open science

Les Sentinelles : état des lieux d'un dispositif de prévention du suicide chez les travailleurs du monde agricole en Bretagne

Thomas Kervella

► **To cite this version:**

Thomas Kervella. Les Sentinelles : état des lieux d'un dispositif de prévention du suicide chez les travailleurs du monde agricole en Bretagne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01780744

HAL Id: dumas-01780744

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01780744>

Submitted on 7 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Thomas KERVELLA

Né le 28 janvier 1987 à Brest

**Les Sentinelles :
Etat des lieux d'un
dispositif de
prévention du suicide
chez les travailleurs
du monde agricole
en Bretagne**

**Thèse soutenue à Rennes le 28 avril
2017**

devant le jury composé de :

Emmanuel OGER

PU-PH, Université de Rennes 1 / *Président de jury*

Françoise TATTEVIN

PU associée, Université de Rennes 1 / *examinateur*

Alain CAUBET

MCU-PH, Université de Rennes 1 / *examinateur*

Bénédicte DELAMARE

Médecin généraliste / *examinateur*

Hugues TROLLÉ

Médecin du travail / *directeur de thèse*

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Thomas KERVELLA

Né le 28 janvier 1987 à Brest

**Les Sentinelles :
Etat des lieux d'un
dispositif de
prévention du suicide
chez les travailleurs
du monde agricole
en Bretagne**

**Thèse soutenue à Rennes le 28 avril
2017**

devant le jury composé de :

Emmanuel OGER

PU-PH, Université de Rennes 1 / *Président de jury*

Françoise TATTEVIN

PU associée, Université de Rennes 1 / *examineur*

Alain CAUBET

MCU-PH, Université de Rennes 1 / *examineur*

Bénédicte DELAMARE

Médecin généraliste / *examineur*

Hugues TROLLÉ

Médecin du travail / *directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistique, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie	
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie	
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière	
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie	
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion	
LAVIDOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie	
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale	
LE BRETON Hervé	Cardiologie	e
LE GUEUT Maryannick Professeur des Universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé	e
LE TULZD Yves	Réanimation; médecine d'urgence	"
LECLERCQ Christophe	Cardiologie	
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire	
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale	
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie	
MABO Philippe	Cardiologie	
MENER Eric (Professeur associé des Universités de MG)	Médecine générale	
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive	
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales	
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie	
MORANDI Xavier	Anatomie	
MOREL Vincent (Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie	
MORTEMOSQUE Bruno	Ophtalmologie	
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire	
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie	
MYHIE Didier (Professeur associé des Universités de MG)	Médecine générale	
ODENT Sylvie	Génétique	e
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie	
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail	
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie	
Professeur des Universités Emérite		
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie	

PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SÉGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIE Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des Universités de MG)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférences associé)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénérologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies Pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire

MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierrick (Maître de conférences associé)	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELLL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIÈR Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

Remerciements

A Monsieur le Professeur Emmanuel Oger,

Pour me faire l'honneur de présider ce jury. Je tiens à vous témoigner mon respect et toute ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Françoise Tattevin-Fablet,

Pour me faire l'honneur de participer à ce jury, pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Alain Caubet,

Pour me faire l'honneur de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Hugues Trollé,

Merci de m'avoir donné l'opportunité de pouvoir travailler ensemble. Merci de m'avoir accompagné avec enthousiasme dans ce travail. Merci de tes conseils, de ta réactivité et de ta disponibilité.

A Madame le Docteur Bénédicte Delamare,

Merci à toi Bénédicte, de m'avoir fait découvrir la première la médecine générale. Merci pour notre amitié, les moments passés ensemble.

À mes relecteurs

Merci pour votre réactivité, votre relecture avisée et vos suggestions pertinentes.

A tous les professionnels de santé que j'ai croisés au cours de mes stages, à mes maîtres de stage, médecins généralistes, qui m'ont accompagné tout au long de ma formation.

A ma famille et mes amis,

A mes chers parents, Maman, Papa, je ne vous remercierai jamais assez pour votre amour, votre patience et votre soutien tout au long de ces années d'étude. Vous êtes pour moi des exemples. Je serai toujours là pour vous.

A Virginie, merci pour ton soutien. Les épreuves nous ont soudés. Merci pour notre amitié et notre complicité.

Merci à toi Mathieu, d'avoir été là à mes côtés ces derniers mois, pour les moments merveilleux passés et à venir. Merci de me soutenir au quotidien.

A mes deux grand-mères : Mamie, Mémé, merci pour ces moments heureux passés ensemble souvent à partager un petit plat délicieux dont vous avez le secret. J'encourage cependant leur consommation avec modération. (Mes connaissances médicales et mes obligations professionnelles m'imposent de vous suggérer une préférence pour une alimentation pauvre en matières grasses).

Merci aussi à Claudie, Nadine, Marcelle, Didier et Michel et à mes cousines.

Merci à Charlène pour notre belle amitié, notre complicité. Merci d'être là quand il faut. Bientôt installés tous les deux, nous partagerons au quotidien des moments riches en émotion. Je sais qu'on pourra compter l'un sur l'autre. Je sais aussi que les fous rires seront nombreux. Un petit mot pour Jules qui a une grande place dans mon cœur.

Merci à Maxime, Alan et Guillaume. Vous êtes pour moi les frères que je n'ai jamais eu. Merci à Sophie, Manon et Céline, pour votre joie de vivre et votre bonne humeur, même pendant les moments les plus difficiles de l'internat. Merci pour les instants d'amitié partagés, passés et à venir.

Merci à Noémie pour notre amitié et pour les « cafés thèse ». Un remerciement tout particulier à Typhaine qui m'a apporté une aide précieuse ces dernières semaines.

Merci à mes amis : Sarah, Magalie, Antoine et sa petite famille, Béranger, Marianne, Angélique, Julie, Manue, Jeanne, Mathieu, Matthieu, Val et Dom, Vero, Elise, Marie, Yoann, David, JB, Chacha, Mamar, Marion, Lisa, Yann, Damien, Audrey et Catherine. Pour certains : on ne se voit pas assez, mais j'ai une souvent pensée d'amitié sincère pour vous et j'espère partager encore de nombreux moments de rires à vos côtés.

Table des matières

I. INTRODUCTION	13
II. MATERIEL ET METHODE	14
1. Recherche bibliographique	15
2. Recrutement.....	15
3. Recueil des données	16
4. Cadre légal.....	16
III. RESULTATS	17
1. Caractéristiques de l'échantillon	17
1.1 Caractéristiques des interrogés.....	17
1.2 Parcours professionnel	18
1.3 Parcours associatif et engagement politique	19
2. Circonstances de participation au dispositif	20
2.1 Un vécu du suicide.....	20
2.2 Inquiétude concernant l'évolution du nombre de suicide	20
2.3 Questionnement concernant le suicide.....	21
2.4 Volonté de participer à la prévention.....	21
2.5 Attachement au monde rural	21
3. Ressenti concernant le repérage des personnes à risque suicidaire	22
3.1 Impact de l'action	22
3.1.1 De nombreux signalements	22
3.1.2 Passage à l'acte empêché	23
3.2 Une écoute active.....	23
4. La représentation qu'ont les sentinelles de leur rôle.....	24
4.1 Une perception positive	24
4.2 Un premier maillon dans le dispositif	25
4.3 Complémentarité avec les soignants pour ne pas outrepasser ses compétences	25

4.4 Ne pas se sentir investi d'une mission, savoir se protéger	25
4.5 La question de la culpabilité se pose.....	26
5. L'articulation avec le réseau de soins des territoires	26
5.1 Les interlocuteurs globalement identifiés	26
5.1.1 Le médecin généraliste.....	26
5.1.2 Les formateurs des sentinelles.....	27
5.1.3 Les médecins du travail de la MSA.....	27
5.1.4 Le numéro Agri-écoute	28
5.1.5 Les animateurs des réseaux d'élus de la MSA	28
5.1.6 Les CMP et les structures psychiatriques hospitalières.....	29
5.2 Hiérarchiser la situation en fonction du degré d'urgence.....	29
5.3 Une entraide entre sentinelles	30
6. Perception de l'avenir : des propositions pour améliorer le dispositif.....	30
6.1 Montée en puissance pour constituer un maillage suffisant.....	30
6.2 Davantage d'actifs ou d'acteurs du monde économique	31
6.3 Une meilleure connaissance des structures de soins	31
6.4 Coordination entre les différents dispositifs de prévention	32
6.5 Une formation pour le monde agricole potentiellement généralisable.....	32
IV. DISCUSSION	33
1. Choix du sujet.....	33
2. L'étude.....	33
2.1 Les points forts	33
2.2 Les limites	34
3. Résultats	35
3.1 Qui sont les bénévoles ?.....	35
3.2 Des difficultés pour savoir à qui faire appel en fonction des situations.....	35
3.3 Le ressenti des bénévoles.....	36
3.4 Contexte de la formation.....	36
3.5 Des difficultés pour savoir à qui faire appel en fonction des situations.....	37
3.6 Un besoin d'écoute	39

V. CONCLUSION	40
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	41
ANNEXES	454

I. INTRODUCTION

La prévention du suicide est un enjeu majeur de santé publique en France (1-4). La Bretagne est la région française la plus touchée par le suicide (2). Plusieurs études en France et à l'étranger ont mis en évidence un excès de risque de décès par suicide chez les travailleurs du monde agricole (3-8).

En médecine générale, la prévention occupe une place de plus en plus importante (9). Le médecin généraliste, par son statut de médecin de proximité, a un poste clé pour mettre en œuvre le dépistage et la prise en charge des patients à risque suicidaire (10-11).

La reconnaissance et la prise en charge de la crise suicidaire ont fait l'objet d'une conférence de consensus de l'ANAES en octobre 2000. Il y est rappelé que le recours au médecin face à une situation de risque suicidaire doit être systématique. Il est également recommandé de renforcer la formation des médecins généralistes concernant à la fois l'articulation avec des partenaires locaux (réseaux sanitaires et sociaux) et l'implication de l'entourage dans la prise en charge des patients en crise (10-13).

Il apparaît donc important que les médecins généralistes bretons, exerçant notamment en milieu rural et semi-rural, soient informés des moyens de prévention du suicide existants sur leur territoire, particulièrement ceux destinés aux populations du monde agricole.

Dans le cadre de la stratégie nationale face au suicide et du plan national MSA de prévention du suicide 2011-2014, la MSA d'Armorique a proposé la mise en place de formations afin de constituer un réseau de bénévoles appelés les Sentinelles à partir de fin 2013 (14-15). Ces dernières sont des non-soignants susceptibles d'être en contact avec des personnes en situation de souffrance dans le monde agricole. Leur rôle consiste à détecter les personnes à risque suicidaire, à établir le contact avec elles ou avec leurs proches et à les encourager à demander de l'aide et leur proposer d'établir un lien entre eux et le réseau local de soins du territoire.

La formation qui leur est proposée, s'appuyant sur les travaux de recherche du Professeur Tera de l'université de Lyon et du Professeur Seguin de l'université de Montréal (16-17) consiste à :

- aider au repérage de la crise suicidaire
- donner des outils pour aller vers les personnes repérées
- connaître les structures de soins qui permettent la prise en charge

Elle se déroule sur deux journées consécutives puis une journée décalée (deux à 6 mois après) pour permettre de revenir sur les acquis des deux journées et aussi aborder les situations rencontrées.

Deux ans après la mise en place du réseau de bénévoles, l'objectif était d'étudier le ressenti de Sentinelles concernant leur participation à ce dispositif.

Ce travail avait également pour but d'établir le lien entre les situations signalées et le réseau de soins des territoires afin d'identifier les freins et les facteurs favorisant l'articulation entre les bénévoles et les professionnels médico-sociaux.

II. MATERIEL & METHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative descriptive, réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés. La recherche qualitative est une technique issue des sciences humaines. Elle permet de recueillir des données par l'entretien puis d'analyser ce matériel par thèmes. Le choix de cette méthode dans notre travail de thèse nous a paru évident, puisqu'il s'agissait non pas de « quantifier » un processus, mais plutôt de comprendre un comportement, un état d'esprit, un ressenti.

Nous avons réalisé des entretiens de type semi-dirigé, qui se fondent sur une grille de questions. L'enquêteur avait la possibilité de poser des questions qui n'étaient pas prévues initialement, notamment si l'interrogé évoquait de nouveaux thèmes qui pouvaient enrichir le

travail. L'ordre des questions pouvait également être modifié, le principe était d'organiser l'échange avec le plus de fluidité possible. Ce travail a été réalisé en essayant de répondre au maximum aux critères COREQ (Annexe 1). (18)

1. Recherche bibliographique

Les mots clés «suicide », « agriculteur », « monde rural», « suicide en Bretagne » ont été retenus pour effectuer la recherche bibliographiques sur Google Scholar. Les bases de données Pubmed, Sciencedirect et EMC ont été consultées. Le logiciel Zotero a été utilisé pour organiser les références bibliographiques.

2. Recrutement

Dans une première phase, les animateurs des réseaux des élus MSA d'Armorique ont été sollicités pour obtenir les coordonnées téléphoniques de bénévoles Sentinelles. L'investigateur leur a présenté le projet en précisant la méthodologie envisagée et l'intérêt de privilégier un échantillon reflétant la diversité des profils des volontaires. Elles ont ensuite été contactées par les animateurs des réseaux MSA qui ont précisé que l'enquêteur était médecin généraliste remplaçant et réalisait une thèse traitant de la perception des Sentinelles concernant leur participation au dispositif. Les modalités de l'entretien étaient également décrites, il leur était proposé de le rencontrer dans les bureaux des locaux de la MSA d'Armorique pour un entretien de 45 minutes à une heure. Dans un second temps les bénévoles étaient contactés par téléphone par l'investigateur pour convenir d'une date d'entrevue.

Le recrutement a été arrêté après avoir rencontré douze Sentinelles, en effet lors des derniers entretiens peu d'idées nouvelles apparaissaient. Il y avait saturation théorique des données.

3. Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé par des entretiens individuels semi-dirigés en face à face. Le guide d'entretien était constitué d'une liste de thèmes à explorer, composé de questions ouvertes pour permettre au bénévole interrogé une libre expression de ses expériences. Il n'a pas été modifié au cours de l'étude. Chaque question était suivie de relances de la part de l'enquêteur, pour couvrir les thèmes proposés dans le guide. Il a été mis à disposition de l'enquêteur un bureau dans les antennes locales de la MSA pour réaliser des entretiens. Quatre ont eu lieu à la MSA de Landerneau, six à la MSA de SAINT-BRIEUC, deux autres à la MSA de Quimper. La durée moyenne des entretiens était de 47 minutes, le plus court ayant duré 29 minutes et le plus long 72 minutes. L'entrevue débutait par une phase de présentation de l'enquêteur et du sujet d'étude. Un court questionnaire permettait de noter les caractéristiques sociodémographiques ainsi que le parcours professionnel et associatif de l'interrogé.

4. Cadre légal

Un consentement écrit a été recueilli auprès des bénévoles pour l'enregistrement, la retranscription et l'analyse des données (Annexe 3). L'anonymat était garanti et il était précisé que l'interrogé était libre à tout moment de mettre fin à sa participation à l'étude. Les consentements ont été conservés par l'investigateur, une copie a été remise avec l'accord des interrogés à la direction du service de santé publique de la MSA d'Armorique.

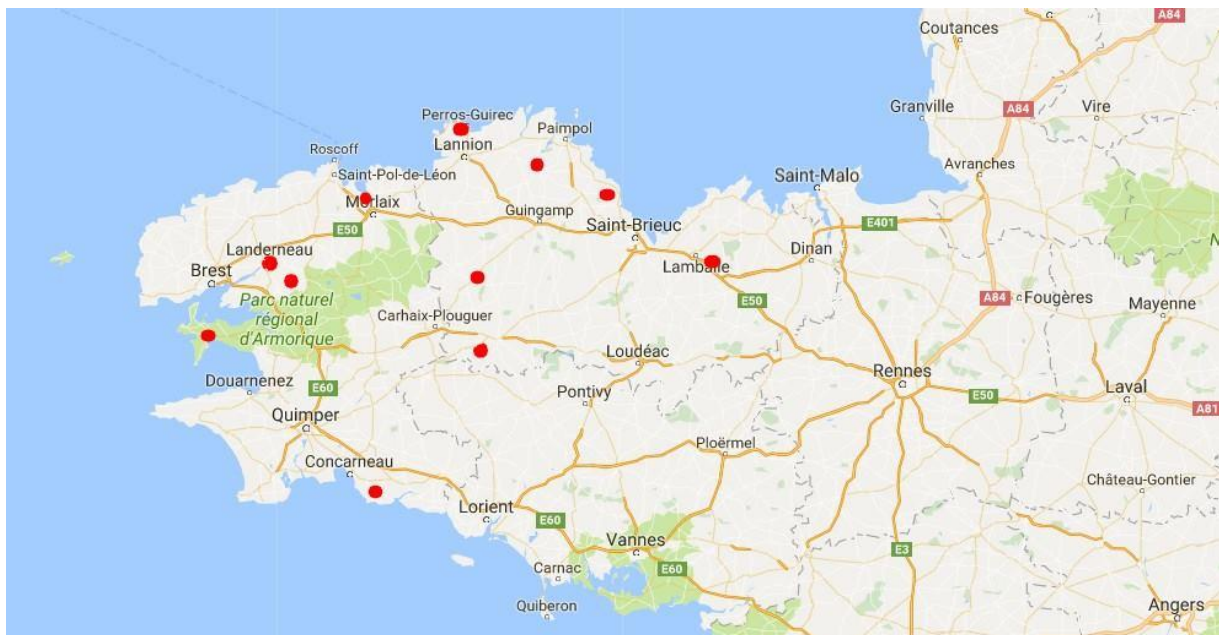
III. RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

1.1 *Caractéristiques des interrogés*

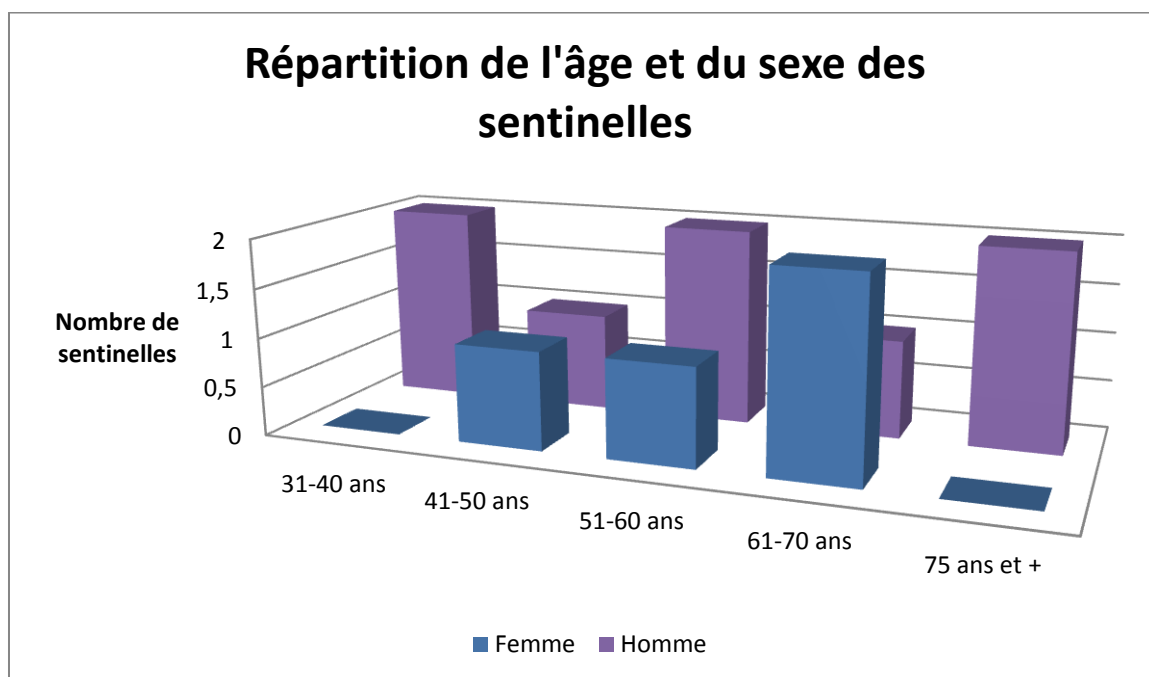
L'objectif était de rencontrer les Sentinelles en privilégiant la diversité des profils. Ainsi l'investigateur a réalisé des entretiens auprès de bénévoles formés à la fois en Finistère et en Côtes d'Armor à partir de décembre 2013. Est représentée ci-dessous la carte des territoires où vivent les participants.

Figure 1 : carte des territoires des Sentinelles interrogées



L'échantillon était composé de 4 femmes et 8 hommes. L'âge moyen était de 57.3 ans, pour des âges extrêmes de 34 ans à 75 ans.

Figure 2 : Répartition de l'âge et du sexe des interrogés



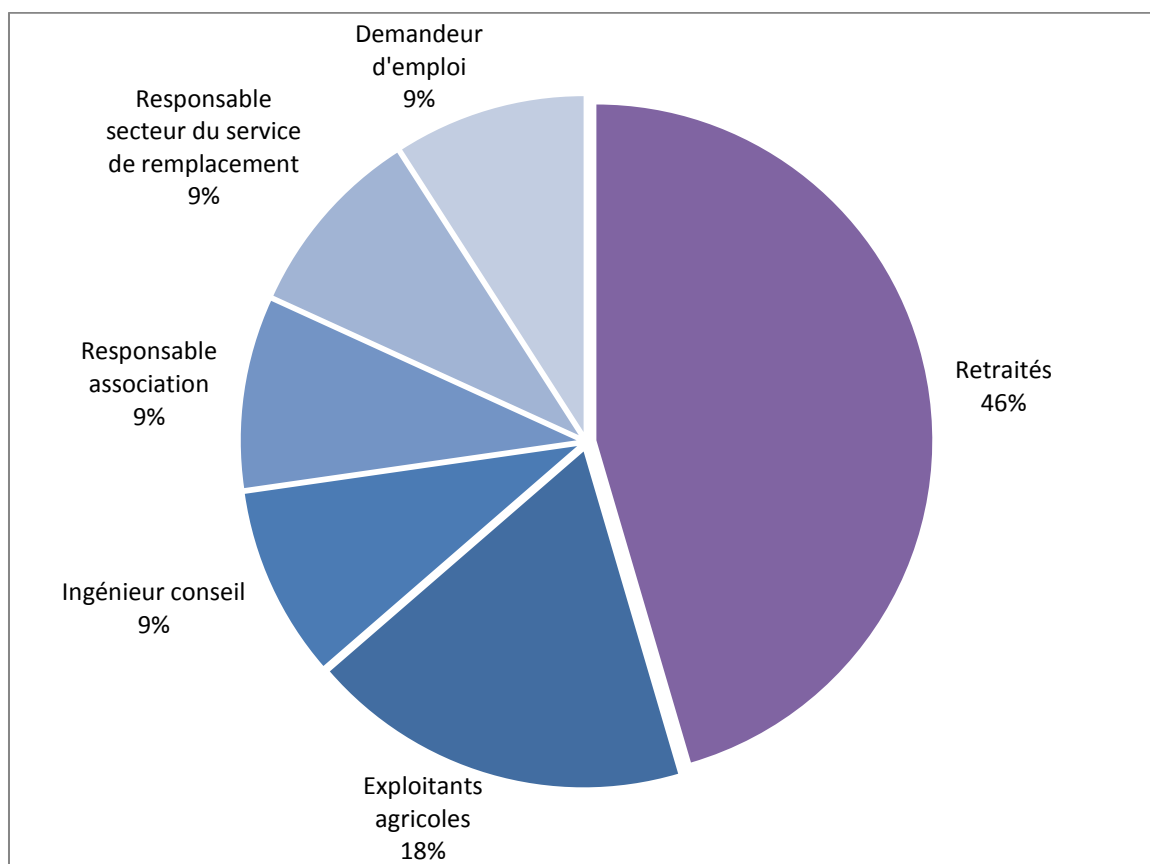
1.2 Parcours professionnel

Deux des douze participants étaient exploitants agricoles en activité : la première était éleveuse de porcs, le second éleveur spécialisé dans la production laitière ainsi que dans le domaine de l'élevage bovin viande.

L'échantillon comprenait également quatre salariés en activité : une ingénieure conseil à la chambre d'agriculture, un responsable dans une association de lutte contre l'exclusion en milieu rural, un responsable de secteur dans une entreprise de service de remplacement d'agriculteurs et un salarié agricole dans une exploitation spécialisée dans la production laitière.

L'échantillon comprenait également un bénévole à la recherche d'un emploi avec une formation dans le domaine des assurances. Cinq des bénévoles interrogés étaient retraités. Parmi eux : une ancienne enseignante dans un lycée professionnel agricole, un ancien responsable de laboratoire de contrôle qualité en laiterie, un ancien ouvrier agricole, deux anciens exploitants agricoles (production porcine), une bénévole n'ayant pas eu d'activité professionnelle ayant précisé avoir élevé ses enfants.

Figure 3 : Répartition des activités professionnelles



1.3 Parcours associatif et engagement politique

Une majorité des bénévoles avait une activité associative ou déclarait en avoir eu. Parmi eux : sept volontaires participaient aux activités des associations communales : comité des fêtes, clubs des anciens ou association sportive. Un participant déclarait une activité bénévole aux Restos du Cœur.

Par ailleurs, deux Sentinelles ont déclaré un engagement syndical : un responsable d'un syndicat agricole et un élu délégué syndical. Trois participants étaient élus administrateurs de la MSA : deux au collège des exploitants agricoles, un au collège des salariés. Enfin, deux participants avaient eu une expérience de mandat d'élu local : un ancien maire, un élu membre du conseil municipal de sa commune.

2. Circonstances de participation au dispositif

2.1 Un vécu du suicide

Une majorité des participants déclarait avoir été confrontée à une tentative du suicide ou à un suicide parmi leurs connaissances ou dans leur environnement avant leur participation au dispositif : « dès que j'ai eu contact avec le réseau Sentinelle, je me suis inscrit car j'ai eu un collègue qui venait de se suicider » (B), « Ca m'est arrivé deux fois d'avoir une discussion franche avec deux personnes pour qui la situation du suicide s'était posée. » (A), « j'ai été confronté à deux personnes qui ont mis fin à leurs jours » (C), « Donc j'ai pris conscience qu'à travers des témoignages de ces agriculteurs [...] Ils expliquaient que parfois ils avaient des idées suicidaires » (D), « je pense qu'on est confronté à ces cas là [...], cette personne là s'était suicidé après aussi donc » (I) ou encore : « j'ai vu des fils, non une fille d'agriculteur d'un copain qui s'est suicidé il y a trois, quatre ans » (K).

Certains des bénévoles expliquaient être au contact de personnes en souffrance morale de part leur activité associative ou professionnelle : « Parce que dans ma mission, [...] lorsqu'un agriculteur nommait sa difficulté » (F), « Moi ça m'a tout de suite intéressé et Solidarité paysan : on a représenté un bon tiers des sentinelles au départ. C'est ce que je vous disais au début, on est forcément confronté aux agriculteurs les plus en difficulté, les plus en détresse et donc les plus à risque au niveau du suicide » (L).

2.2 Inquiétude concernant l'évolution du nombre du suicide

C'était notamment un constat alarmant concernant la situation du suicide en Bretagne qui était mis en avant par certains Sentinelles pour expliquer leur implication dans le dispositif : « Quand on voit les rapports du suicide sur la Bretagne c'est catastrophique quand même » (B), « dans notre canton c'est vrai qu'il y a beaucoup de suicides dans notre secteur » (I).

Le problème des suicides suscitait une grande inquiétude parmi certains bénévoles. Un participant considérait même que « depuis quelque temps, plusieurs mois voire plusieurs années, il y a beaucoup d'amertume, de tristesse dans la population » (H). D'autres évoquaient des

difficultés conjoncturelles accumulées et soulignaient leur inquiétude concernant l'évolution du contexte économique « Là c'est des situations difficiles, difficiles, difficiles et on n'est pas sorti de cet, de ce cycle infernal qui perdure toujours. 9 à 10 ans que ça dure, ce n'est pas simple. Et le monde d'aujourd'hui n'entrevoit pas beaucoup de fenêtre positive pour le moment. Alors ça risque de continuer à s'aggraver, quand on dit crise économique ça fait crise sociale derrière » (K).

2.3 Questionnement concernant le suicide

Certains bénévoles soulignaient leur questionnement concernant le phénomène suicidaire et leur volonté de mieux comprendre le pourquoi du suicide : « j'ai toujours été intrigué par le pourquoi du suicide » (E), « mieux comprendre le pourquoi du suicide » (D).

D'autres interrogés associaient la dépression et le suicide et exprimaient à leur sens l'intérêt de mieux comprendre le phénomène suicidaire : « la dépression et le suicide [...] un sujet qui est surtout très mal compris [...], plus il y aura de gens qui comprendront que les gens souffrent et non qu'ils ont un sale caractère euh, mieux ça se passera je pense » (J).

2.4 Volonté de participer à la prévention

Plusieurs Sentinelles expliquaient vouloir s'impliquer dans les politiques de prévention Santé : « Nous en tant qu'administrateur de la MSA on a un rôle de prévention il faut être prêt à appeler s'il y a besoin » (K), et même un volontaire se définissait comme «un militant de la prévention et sécurité santé ou sécurité et prévention santé» (H).

2.5 Attachement au monde rural

Sur le plan personnel, il s'agissait pour beaucoup de participer « car étant ancien agriculteur on a toujours des liens familiaux sentimentaux déjà et on a des collègues qui sont dans l'agriculture. Et aujourd'hui on est dans un secteur qui est relativement sensible » (K).

3. Ressenti concernant le repérage des personnes à risque suicidaire

3.1 Impact de l'action

3.1.1 De nombreux signalements

Une majorité des Sentinelles déclaraient avoir au moins fait un signalement : « j'ai fait ce signalement [...], je sais qu'il y a un mal-être, des conflits par rapport à la succession » (G), « Et là il y a pas bien longtemps j'ai eu un voisin là, on s'voit pas mais euh, on s'contacte pas, mais je savais qu'il avait tout perdu et j'ai appelé justement le service » (B), « j'ai signalé du mal-être par l'intermédiaire d'exploitants qui m'avaient parlé de ramasseurs de cocos qui étaient chez eux en difficulté » (F), « Ca m'est arrivé chez une personne, c'était pas du monde agricole hein. Mais je lui ai dit mince écoute : je l'appelle, on va voir comment ça va se passer. Donc j'appelle la personne, j'étais très à l'aise avec elle. Je lui dis : écoute je suis avec Mr A * je t'ai déjà parlé de lui. Est-ce qu'on peut s'arrêter boire un petit café ? Elle était en forme ce jour là. On s'est arrêté on a parlé, on est resté au moins trois heures ce jour là. On a parlé, elle était détendue. Ca se passait très bien. J'ai alors demandé à Mr A*, autre Sentinelle son ressenti par rapport à cette personne. Il a pensé la même chose que moi, le fait qu'elle était seule, pas très bien avec ses enfants. Parce qu'elle avait déjà été hospitalisée cette personne. A un moment donné elle m'avait dit qu'elle était en souffrance. Je suis allée chez elle, elle m'a confié ses problèmes et puis j'en ai parlé à Mr B. » (C), « c'est dans ce groupe que j'ai côtoyé des gens du monde agricole qui étaient face à des difficultés [...] Donc j'ai pris conscience qu'à travers des témoignages de ces agriculteurs, leur addiction était induite par les difficultés professionnelles. Que cette addiction était une sorte de pansement par rapport à leur souffrance, mais un mauvais pansement. Et que cette addiction aggravait leurs problèmes et que face à leur, je dirai, impossibilité de mettre fin à leur addiction. Ils expliquaient que parfois ils avaient des idées suicidaires. D'ailleurs en parlant avec un responsable à la retraite de l'association des agriculteurs de la MSA, il m'a suggéré de le signaler. » (D)

3.1.2 Passage à l'acte empêché

Certains annonçaient même avoir empêché un passage à l'acte : « Ca m'est arrivé deux fois d'avoir une discussion franche avec deux personnes pour qui la situation du suicide s'était posée. Donc je sais que il y en a une d'elle où on y est allé et voilà la personne a craqué, « Je ne sais pas quoi faire ». Je l'ai invité à prendre rendez-vous chez son médecin traitant, ce qu'elle a fait rapidement et je l'ai vu quelque temps après. La personne allait mieux. » (A)

Malgré ce constat, certains bénévoles considéraient : « l'impact quand même minime »(E), « je pense il est minime » (B).

3.2 Une écoute active

Le premier élément mis en avant par les Sentinelles quand on les interrogeait au sujet du repérage des personnes à risque suicidaire était leur capacité d'écoute accrue : « être davantage à l'écoute, en situation d'observation [...], j'ai un regard, une vigilance. » (I), « elle m'a rendu plus attentif » (D).

Un volontaire soulignait même le caractère indispensable de la capacité d'écoute pour pouvoir participer à la formation « j pense pas qu'on puisse former quelqu'un qui n'est pas motivé ou qui n'est pas à l'écoute [...], j'ai l'impression que je n'ai pas le même regard, la formation aide quand même et donne beaucoup de bases pour mieux savoir écouter déjà et mieux remarquer les anomalies de comportements » (J).

Certains participants soulignaient même une modification comportementale dans leur rapport aux autres après avoir bénéficié de la formation : « je deviens plus attentif un peu à, aux personnes que je rencontre » (K). D'autres soulignaient une plus grande aisance lors des prises de parole : « Peut-être que depuis je me sens plus à l'aise aussi pour intervenir en réunion quand il y a une montée de pression » (H).

4. La représentation qu'ont les Sentinelles de leur rôle

4.1 Une perception positive

Quand on les interrogeait au sujet de leur ressenti concernant leur participation au dispositif, la plupart des bénévoles exprimaient un sentiment global positif « dans le fond je pense que c'est plutôt une bonne chose » (A), « je pense que c'est une bonne chose d'avoir créé ce, ces groupes de Sentinelles » (J), « je pense que par rapport au nombre de personnes, l'impact il est euh positif » (D) voire très positif : « je trouve ça bien, très bien » (B), « Disons que la formation, elle est très bien », « j'ai trouvé que ça m'a apporté beaucoup » (C), « mon ressenti global pour moi personnellement, très positif » (L).

Certains bénévoles déclaraient qu'avant la formation ils manquaient d'outils pour aborder des personnes qu'ils côtoyaient et qu'ils jugeaient en souffrance : « Mon ressenti, c'est la prise de conscience qu'il y avait une absence de dispositif et que dans notre vie quotidienne on est souvent euh, non parfois amenés à rencontrer des gens qui sont en difficulté et on a pas le, les moyens, les mots, la formation pour essayer de les aider » (D), « Mais en face de ces gens qui venaient me voir, je laissais parler mon cœur, je les écoutais mais disons que je marchais sur des œufs avant. J'avais peur de leur faire mal, qu'ils me sentent indifférente »(C), « Alors mon ressenti, c'est que enfin... La formation m'a permis de mieux, comment dire aborder tout ce qui est mal être ou même, un agriculteur qui sans le nommer ou sans parler de suicide, de moi à mon niveau de pouvoir au lieu de dire vous avez des idées noires de choses comme ça, de pouvoir le nommer »(F). Ainsi une autre volontaire déclarait « J'avais besoin d'un cadre en fait » (F).

4.2 Un premier maillon dans le dispositif

Pour plusieurs bénévoles interrogés, les sentinelles constituent un premier maillon dans le dispositif de prévention du suicide :

« On est sur le tas donc on est le premier maillon, après c'est une chaîne comme je dis nous on est le premier maillon après on passe le témoin » (B), « Tout en sachant que mon rôle est un rôle d'alerte, de prise de conscience. Après je repasse le témoin auprès des professionnels de la Santé » (D).

4.3 Complémentarité avec les soignants pour ne pas outrepasser ses compétences

Une majorité des interrogés tenaient à souligner qu'ils avaient conscience de la limite de leurs compétences : « Chacun à notre niveau » (A), « je crois qu'on peut simplement alerter » (I), « C'est pas à nous de les guérir parce qu'on n'est pas capable » (K). Ainsi certains précisait qu'il était nécessaire de confier la prise en charge des personnes repérées comme à risque à des soignants : « c'est à nous de les envoyer après, ou soit par la famille, de les envoyer voir des gens qui sont assermentés pour gérer ce genre de maladie » (H), ou encore : « Pour savoir aussi moi où je pouvais y aller à mon niveau n'étant pas médecin, juste accompagnant en fait » (I), « je ne me substitue pas au personnel soignant [...], à l'orienter vers un relai soignant » (A).

4.4 Ne pas se sentir investi d'une mission, savoir se protéger

La reconnaissance de l'implication nécessaire des soignants dans la prise en charge des personnes à risque suicidaire était également mise en avant par certaines sentinelles quand ils évoquaient leur propre protection par une implication mesurée : « Parce que nous il faut qu'on se protège aussi parce que si on regarde toute la misère du monde c'est nous qui risquons d'avoir des problèmes » (A), « je suis là pour aider les gens sans me mettre en danger », « n'oubliant jamais que je suis qu'un témoin actif et qu'il y a des professionnels qui sont là » (D).

4.5 La question de la culpabilité se pose

La question de la culpabilité semblait faire surface quand on interrogeait les volontaires. D'une part, elle s'exprimait comme une inquiétude de la part des Sentinelles de ne pas repérer une crise suicidaire : « en nous déculpabilisant, je pense à une situation où on avait vu son changement de comportement, on n'est pas intervenu » (K), et « à partir du moment où il y a un suicide, c'est qu'on est passé à côté » (E).

D'autres bénévoles précisait : « J'avais peur de leur faire mal, qu'ils me sentent indifférente » (C), « Si j'avais assisté à cette réunion là, j'aurai peut-être eu un comportement autre que celui que j'ai eu » (I).

D'autre part, la notion ressurgissait quand certains participants évoquaient le contexte de leur participation au dispositif : « J'ai bien fait de venir aussi parce que ça me fait déculpabiliser de ne pas avoir pu arrêter l'acte final de mon amie dans le Sud-ouest » (G).

Ainsi il semble que certains bénévoles recherchaient des outils pour comprendre les circonstances des passages à l'acte dont ils ont pu être témoins par le passé. Certains témoignaient se sentir plus sécurisés à l'issue de la formation : « ça m'a donné un cadre » (F).

5. L'articulation avec le réseau de soins des territoires

5.1 Des interlocuteurs globalement identifiés

5.1.1 Le médecin généraliste

Le premier interlocuteur mis en avant était le médecin généraliste : « je lui ai demandé d'appeler son médecin devant moi pour prendre un rendez-vous. » (A), « Forcément à un médecin, après son médecin traitant, je pense que c'est mieux si c'est lui qui fait la

démarche »(B), « je pense que le médecin traitant il connaît, il suit les personnes et il est donc l'une des personnes habilitées pour savoir la marche à suivre » (K).

Une sentinelle évoquait d'emblée le recours au médecin généraliste quand elle repérait des personnes en difficultés mais elle précisait que c'était un comportement qu'elle avait avant la formation et qu'auparavant elle ne connaissait pas d'autres interlocuteurs soignants « à part lui conseiller d'appeler son médecin généraliste je n'avais pas d'autre piste en fait » (F).

Pour certaines sentinelles, le médecin généraliste était l'interlocuteur privilégié à solliciter et il avait également pour rôle d'orienter la personne vers les soignants des services de psychiatrie s'il le jugeait nécessaire : « Je l'ai plutôt orienté vers des personnes certes du milieu médical mais qu'il connaît. Pour que ces personnes la puissent à le limite passer le relai. » (A).

Certains bénévoles déclaraient ne pas vouloir appeler directement le médecin traitant de la personne repérée en situation de fragilité : « Si la personne est avec un toubib, je n'irai pas le contacter » (B) et d'autres évoquaient la possibilité de s'appuyer sur les proches pour pouvoir inciter les personnes fragiles à consulter : « faut qu'on trouve quelqu'un de proche de la personne pour prendre contact avec le médecin » (J).

5.1.2 Les formateurs des Sentinelles

Plusieurs interrogés répondaient qu'en cas de situation fragile repérée ils faisaient ou feraient directement appel aux formateurs qui les ont encadrés « j'ai appelé la docteure et l'infirmier qui nous ont suivis à la formation. J'ai un problème voilà tout de suite » (C), ou encore pour souligner leur disponibilité : « Monsieur J* qui était l'aide formateur il était vraiment très bien, très à l'écoute, c'est un praticien il est très technique, il a la base, il est à notre portée il ne va pas employer de vocabulaire qu'emploie les psychiatres » (J).

5.1.3 Le médecin du travail de la MSA

La plupart des interrogés citaient la MSA comme interlocuteur en cas de situations fragiles repérées, ils précisait : « J'ai également un contact Docteur F. sur le 22 qui est

médecin du travail de cellule de prévention du suicide et Docteur H. sur le 29» (F), ou encore : « On a aussi un numéro du médecin conseil de la MSA de Morlaix qui est chargé de ces problèmes là, vraiment en cas de grosse difficulté. » (E), « Après je passerai par la MSA, ou le médecin conseil de la MSA » (G). Un des participants précisait avoir répertorié les numéros des médecins conseils de la MSA « Euh c'est directement la MSA (Oui) j'ai mon agenda, les numéros Dr F[...], j'ai deux docteurs d'ailleurs » (H). Une autre Sentinelle évoquait une expérience de prise de contact : « j'ai contacté la MSA » (I) sans préciser s'il s'agissait du médecin conseil ou du numéro agri écoute.

5.1.4 Le numéro agri écoute

Quelques participants évoquaient le numéro agri écoute mis en place par la MSA, accessible à tout moment pour les personnes étant en situation de mal être ou de détresse « On nous a donné une carte avec numéro d'appel » (G), « Donc j'ai toujours ça avec moi, avec les numéros de téléphone agri écoute, un numéro pour exprimer ses difficultés, agri écoute, un numéro de la MSA » (I). Ou encore ils évoquaient la possibilité pour les proches des personnes en souffrance de faire appel directement au service d'écoute de la MSA « c'est euh, agri écoute c'est un service qui a été mis en place pour écrire, écouter 24h, je crois que c'est 24h sur 24, je sais plus exactement (D'accord) et on a ça aussi sur internet dès qu'on a accès au MSA et sur beaucoup de journaux d'ailleurs (Oui d'accord) et ça permet aux gens d'appeler pour se libérer mais je pense que c'est plus facile que ce soit des fois un proche qui appelle alors qu'il faut que ce soit la personne qui appelle » (J).

5.1.5 Les animateurs des réseaux d'élus MSA

Lors du recrutement des sentinelles, les animateurs des réseaux d'élus MSA avaient pris contact avec des interlocuteurs de leurs réseaux. Ainsi certains interrogés, évoquaient la possibilité de les solliciter en cas de situation fragile repérée « J'appellerai la MSA, Mr B (par exemple), je le connais et lui demanderais vers qui je peux me tourner. » (G).

5.1.6 Les CMP et les structures psychiatriques hospitalières

Un des interrogés suggérait une sollicitation des soignants des centres médicaux-psychologiques mais pondérait cette possibilité car il jugeait que les autres bénévoles manquaient de connaissances à propos de ces structures de soins : « Les autres participants ont déjà pris conscience qu'il existe des centres locaux de soins, d'aide psychologique. Les CMP. C'est-à-dire qu'on était un cantonné chacun dans notre domaine. Moi je connaissais les CMP et un petit peu le monde agricole. Donc c'était un peu à la marge. Par contre les gens du monde agricole ne connaissaient pas l'existence des CMP. (D'accord) Or cela peut être un bon relai pour un lieu d'écoute auprès soit des infirmiers psy, soit du médecin psychiatre, soit des psychologues » (C).

Cette méconnaissance préalable des structures de soins psychiatriques était rappelée par d'autres sentinelles : « C'est vrai que quand on a fait la formation à un moment donné on nous parlait d'associations ou d'hôpitaux, de cliniques spécialisées pour l'internement de personnes. Ce n'est que par le biais de cette formation que j'ai eu connaissance de ce réseau. Depuis je n'ai pas de lien forcément » (A), « J'ai aussi les coordonnées des centres médicaux-psychologiques du Finistère et des Côtes d'Armor, choses que je ne connaissais pas avant la formation » (F). Enfin un volontaire mentionnait un centre médico-psychologique « On m'a parlé du CMP de Morlaix » (E) quand on l'interrogeait sur sa connaissance des structures de soins mais ne le rappelait pas quand on lui demandait à qui il ferait appel en cas de situation fragile repérée. Ainsi si certaines sentinelles connaissaient l'existence des CMP, peu de volontaires déclaraient vouloir les solliciter sans faire appel à un intermédiaire (médecin généraliste ou interlocuteurs de la MSA).

5.2 Hiérarchiser la décision en fonction du degré d'urgence

Pour certains bénévoles, la stratégie de recours au SAMU semble claire : « c'est aussi en fonction du degré d'urgence. S'il est imminent : ça sera le SAMU. Par contre ce que j'appelle imminent c'est si une personne a déjà préparé le matériel ou la mise en situation pour ça » (A).

Pour d'autres le recours aux soignants n'apparaît pas systématique et dépendrait de la gravité de la situation « Tout dépend du degré de crise. Si ce n'est pas trop grave les parents. Sinon le médecin de famille qui connaît la personne et puis après l'équipe, le médecin psychiatre » (C).

5.3 Une entraide entre Sentinelles

Certains bénévoles déclaraient avoir sollicité d'autres volontaires ayant bénéficié de la formation pour évaluer certaines situations avant le recours aux soignants : « J'apprécie quand même d'avoir mon collègue Sentinelle qui n'habite pas très loin parce que dès que j'ai un doute ou quelque chose qui me pose question : je l'appelle. Je lui demande s'il ne veut pas venir avec moi voir la personne » (C). Ces témoignages mettent en évidence une certaine solidarité entre les Sentinelles et des échanges entre les bénévoles au sujet de leur incertitudes, souvent pour se rassurer à propos de la conduite à tenir : « Soit c'est moi-même qui appelle soit alors aussi un collègue élu sentinelle [...], nous sommes un tissu pour le même territoire (Oui) quand il y a quelque chose, on se téléphone les uns les autres et on les redirige vers les numéros de téléphone adaptés, que nous connaissons auprès de la MSA » (H). Ces retours d'expérience soulignent le besoin des Sentinelles de verbaliser à propos des situations qu'elles ont rencontrées. Les échanges se faisant souvent entre bénévoles lors des réunions de groupes : « Ben que chacun déjà parle (Oui) de ses expériences et je pense que ça fait beaucoup (Oui), euh, voilà (Oui) et je pense aussi que celui qui est confronté à des choses comme ça et que quand ça se passe bien, ça se passe bien et quand ça se passe mal, je pense qu'il peut pas être tout seul à supporter ça » (I).

6. Perception de l'avenir : les propositions pour améliorer le dispositif

6.1 Montée en puissance pour constituer un maillage suffisant

La majorité des bénévoles considéraient qu'il fallait former davantage de bénévoles pour aboutir à une présence suffisante de volontaires formés à la méthode Tera et Seguin sur les territoires : « plus il y a de personnes, mieux c'est » (A), « de manière à ce que plus de gens

suivent la formation » (D), « le maillage du territoire est quand même relativement faible » (E), « plus il y a aura de gens formés à ça, plus ce sera facile de détecter » (I), « ce serait de former un p'tit peu des gens j'dirais dans toutes les entreprises, des associations » (J).

6.2 Davantage d'actifs ou d'acteurs du monde économique

Pour certains volontaires, les Sentinelles devraient compter parmi eux une plus grande proportion d'actifs, « c'est vrai que ce que je regrettais un petit peu du coup, dans la formation que j'ai vu, c'est que des personnes qui sont actives au sens large, on était peut-être deux ou trois sur la dizaine » (A), « Essayer peut-être de, bon c'est bien d'avoir des retraités qui ont du temps, mais peut-être essayer davantage dans le milieu professionnel » (G). D'autres soulignaient l'importance de former des acteurs du monde économique, « Je suis heureuse que dans les sentinelles qui vont être formées je crois qu'il y a aura des personnes du monde bancaire. Donc ça c'est important. J'en suis très heureuse » (G).

Quelques bénévoles mettaient l'accent sur l'importance de former les personnels administratifs, notamment les interlocuteurs des exploitants agricoles chargés de traiter les dossiers économiques, et de percevoir les taxes, impôts et cotisations : « c'est vrai que face à une administration des fois euh, il n'y a pas beaucoup d'interlocuteurs, il n'y a pas beaucoup de solutions. C'est quand même assez rigide et je pense que dans les appels des gens qui sont un peu en difficulté. Je pense qu'on doit retrouver aussi ce genre de personnes. » (E).

Ils préconisaient également une vigilance accrue à certaines périodes pendant lesquelles les bilans comptables et avis d'imposition sont délivrés : « Je pense en particulier à une période très difficile qui est la fin de l'année quand la MSA envoie des avis d'imposition. Les gens sont toujours surpris de la somme qu'ils ont, en fait c'est comme ça et pas autrement. Donc oui peut-être accentuer la prévention en fin d'année. Il faut dire que novembre et décembre, ce sont des mois peut-être un peu plus difficiles. » (E).

6.3 Une meilleure connaissance des structures de soins

Un bénévole suggérait de « peut-être rencontrer le service de psychiatrie et de voir avec les gens comment ça fonctionne » (C).

Parmi les sentinelles certains soulignaient l'importance de faire connaître le dispositif pour recruter de nouveaux volontaires afin de les former : « Améliorer l'information de manière à ce que plus de gens suivent la formation.[...] C'est-à-dire faire connaître le dispositif » (D).

D'autres jugeaient important que les soignants et notamment les médecins généralistes soient au fait de l'existence du dispositif

6.4 Coordination entre les différents dispositifs de prévention

Quelques interrogés mettaient l'accent sur le milieu associatif existant et citaient « Solidarité paysan », avec la volonté de « faire appel à Solidarité Paysan qui a l'habitude de venir en aide à ces personnes » (E).

6.5 Une formation pour le monde agricole potentiellement généralisable

Certaines sentinelles conseillaient une généralisation de ces formations pour être plus à l'écoute notamment dans le monde de l'entreprise : « je pense que c'est une nécessité, aussi bien le monde agricole, que le monde ouvrier. Que les cadres. Ce qu'on applique au monde agricole peut aussi bien s'appliquer à un autre monde. Que ce soit pour un cadre ou un SDF je pense que la formation, le résultat est le même. C'est d'entrer en contact et de libérer un peu la parole » (E) ou encore : « former, même une formation un p'tit peu comme les premiers secours aux autres, avoir les bases pour être attentifs, pour donner un signalement [...] dans les entreprises, il y a des personnes qui à un moment donné fatiguent parce qu'il y a des soucis avec des collègues ou avec un supérieur ou parce qu'il y a peut-être aussi des soucis chez eux, à titre privé, enfin il y a un cumul à un moment donné donc c'est à l'intérieur de chaque entreprise, s'il y avait quelques personnes capables euh d'écouter (D'accord) d'temps en temps quelqu'un qui est en souffrance j'pense qu'on pourrait [...]peut-être réussir » (I).

D'autres suggéraient que la formation Sentinelle pourrait s'adresser à une population plus vaste en incluant des personnels étant impliqués dans le milieu associatif au sens large :

« je pense que tous ceux qui prennent des responsabilités au niveau associatif devraient être ouverts à ces questions. Parce que quand on est bénévole, ça sert aussi à calmer le jeu, faire avancer, relativiser. » (G).

En outre, certains interrogés constataient que la formation dont ils avaient bénéficié leur permettait de réaliser une prévention suicide auprès d'une population cible ne se limitant pas aux personnes du monde agricole : « partout parce que j'pense que le soucis c'est pas que le monde agricole euh c'est le milieu où on vit » (I), « Je pense que les gens qui sont en situation de souffrance comme ça ont besoin d'être écoutés et orientés ». (K).

IV Discussion

1. Choix du sujet

En tant que médecin généraliste ayant un projet d'installation en milieu rural, il était licite de s'intéresser au ressenti des sentinelles concernant leur participation à ce dispositif de prévention du suicide des travailleurs du monde agricole. Ce travail peut plus généralement contribuer à évaluer le ressenti de bénévoles non soignants au sujet de leur participation à un dispositif de prévention santé.

2. L'étude

2.1 Les points forts

Afin d'analyser le ressenti des bénévoles ainsi que les propositions formulées aux personnes repérées comme à risque suicidaire nous avons choisi une méthode qualitative car elle semblait plus appropriée pour dégager des pistes de réflexion. Notre démarche, qui était basée sur des entretiens individuels, est plus chronophage mais elle permet de libérer la parole et semble plus adaptée pour aborder la question du ressenti de volontaires concernant des sujets délicats comme leur expérience face au risque suicidaire

Dans un souci de diversité, nous avons fait le choix d'inclure dans notre étude des bénévoles se différenciant par l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, leur rapport au monde rural.

En outre, les premières Sentinelles ont été formées à partir de décembre 2013, le premier groupe était composé de 32 volontaires. Cet effectif potentiel ne permettait pas d'envisager une méthode quantitative car la puissance de l'étude aurait été faible. Il aurait été difficile de dégager des données statistiquement significatives. Enfin, ce choix aurait restreint les champs d'exploration. La durée moyenne des entretiens était satisfaisante, elle était conforme à ce qui avait été indiqué au préalable aux participants.

L'analyse a débuté après la réalisation du dernier entretien afin de réduire le biais de maturation. L'ensemble des entretiens ont été réalisés sur une période de six semaines. La diversité des bénévoles sondés a été respectée et le nombre d'entretiens a permis une saturation des données.

2.2 Les limites

L'étude présente toutefois quelques limites qu'il convient de souligner. Le chercheur n'avait pas d'expérience en matière de recherche, sa technique et son aisance lors des entretiens se sont améliorés au fur et à mesure ; ceci a pu limiter la reproductibilité du travail de recherche. L'inexpérience de l'auteur sur les techniques d'entretien a pu également influencer l'orientation de l'entretien en fonction des réponses attendues sur le sujet. Seul l'investigateur a réalisé les entretiens et le codage ce qui a pu constituer un biais d'interprétation en raison du manque d'objectivité.

Par ailleurs, certains interrogés ont pu être perturbés par l'enregistrement audio. Enfin, la technique d'enregistrement n'a pas permis d'étudier le comportement non verbal des participants.

3. Résultats

3.1 Qui sont les bénévoles ?

Si l'on étudie le profil des sentinelles interrogées, la répartition homme/femme se rapproche de celle observée dans le groupe des 32 premiers bénévoles formés. (11 femmes pour 21 hommes). Il existe donc une surreprésentation masculine dans ce dispositif. Ceci est probablement dû aux caractéristiques des travailleurs du monde agricole dont sont issus la plupart des interrogés. Les hommes y sont en effet plus nombreux. (19-20) Par ailleurs, contrairement aux idées reçues, les bénévoles sont plus souvent des hommes que des femmes (21). Mais elles sont plus nombreuses à s'engager dans l'action sociale. (22)

En outre, les volontaires inclus dans l'étude ont une moyenne d'âge supérieure à celle des bénévoles en France. Là encore, on peut souligner la spécificité des populations de travailleurs du monde agricole notamment chez les exploitants agricoles : leur moyenne d'âge dépasse les 50 ans ces dernières années. (19) Le bénévolat en France culmine pour les tranches d'âge de 35 à 54 ans. (21) La proportion importante de retraités parmi les bénévoles a été soulignée par certaines sentinelles. Elles ont parfois suggéré de former davantage d'actifs et d'acteurs du monde économique ce qui semble pertinent afin de toucher une population cible plus large. Cette volonté se retrouve dans les critères d'inclusion des nouvelles sentinelles. Les formateurs ont en effet souhaité faire appel à des entreprises du secteur agro-alimentaire comme des organismes bancaires, des agents comptables et des services de remplacements des exploitants agricoles, des contrôleurs laitiers pour leur proposer de former des salariés volontaires.

3.2 Circonstances de participation

Quand on cherchait à faire préciser les circonstances de participation au dispositif, les sentinelles rappelaient en priorité le constat alarmant concernant la situation du suicide chez les travailleurs du monde agricole en Bretagne pour justifier leur envie de s'impliquer (2). Certains évoquaient un vécu du suicide antérieur à la formation. Cependant il est important de rappeler les critères d'inclusions pour participer au dispositif qui étaient expliqués au préalable par les

formateurs. Ils précisait qu'il était préférable que les volontaires n'aient pas d'antécédent personnel de tentative de suicide, qu'il n'ait pas de symptômes dépressifs et qu'ils n'aient pas été confronté à l'expérience douloureuse de suicide de proches. Les psychiatres et infirmiers des services de psychiatrie formateurs rencontrés précisait également qu'ils pouvaient discuter la non inclusion éventuelle d'un bénévole au programme de prévention si une situation de fragilité personnelle était détectée lors de la formation initiale. Il était précisé dans le rapport d'évaluation intermédiaire de l'action sentinelle de la MSA d'Armorique en 2015 qu'il y aurait un intérêt à définir des critères de non inclusion plus précis pour le recrutement des participants.

3.3 Le ressenti des bénévoles

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer, 3 ans après leur formation à la méthode Tera et Seguin, le ressenti de bénévoles concernant leur participation au dispositif de prévention du suicide. Le sentiment global était positif. Tous les volontaires de notre échantillon pensaient continuer à participer aux réunions de formation proposées. Mieux ils témoignaient de l'existence de signalements d'individus à risque suicidaire aux réseaux de soins des territoires et probablement de passages à l'acte évités. Certains conseillaient même à des individus de leur entourage de se former. Cependant la plupart des bénévoles soulignaient leur sentiment d'impact limité, du fait en partie du nombre encore faible de bénévoles formés. Ce ressenti pourra s'atténuer par la montée en puissance du dispositif : depuis la formation initiale, quatre groupes ont pu être constitués, ce qui porte à 66 le nombre de bénévoles formés sur le territoire de l'Ouest Bretagne de la MSA d'Armorique.

3.4 Contexte de la formation

Le Pr Walter dans son introduction « Cent ans après DURKHEIM » de l'ouvrage Suicide et environnement social, congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de 2003 décrit la vision de DURKHEIM du suicide comme phénomène social. (23-24) Il y est formulé comme hypothèse qu'il existe différents types de suicide en fonction de l'intégration de l'individu dans la société et de la régulation de la société sur la vie individuelle. Analyser comment le taux de suicide varie en fonction des déterminants sociaux conduit à formuler des

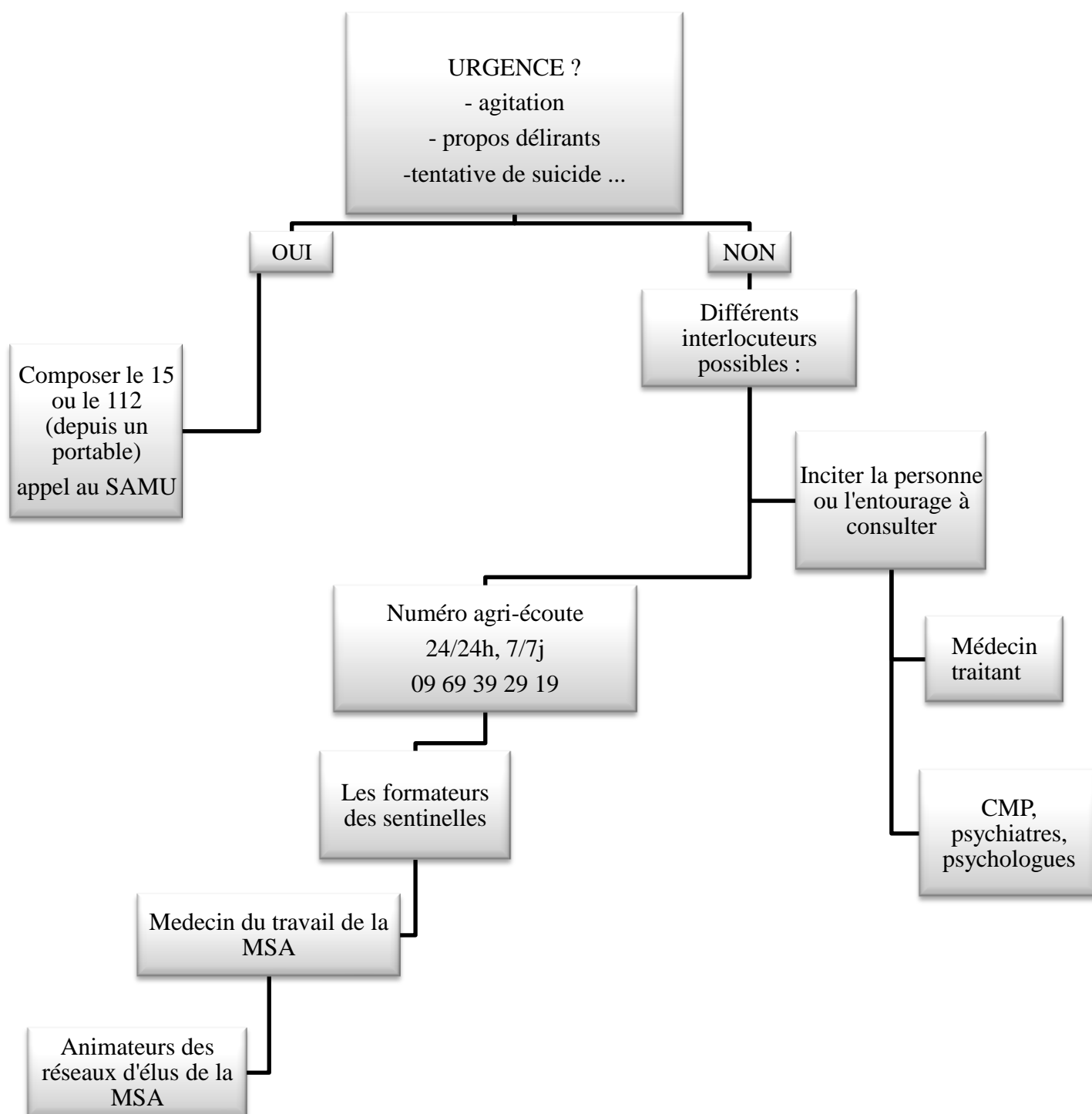
propositions pour tenter de diminuer le taux de suicide en réactivant « l'intégration de l'individu en particulier dans les groupes professionnels. » (23) La démarche de la MSA d'Armorique de proposer la formation de bénévoles au repérage et à l'orientation des personnes à risque suicidaire semble s'intégrer dans ce processus.

Par ailleurs, l'hypothèse préalable à la formation de bénévoles au repérage de la crise suicidaire était qu'un nombre significatif de personnes présentant un risque suicidaire restait en dehors de tout contact avec le corps médical. L'étude de Rutz W., Wallinder J., Eberhard G. et al. sur l'île de Gotland dans les années soixante dix a montré l'intérêt de la formation des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge des syndromes dépressifs. (26) Ainsi, si la formation des sentinelles leur a permis de repérer des personnes à risque suicidaire, il apparaissait primordial de favoriser la mise en relation entre les personnes à risque suicidaire et le réseau de soins.

3.5 Des difficultés pour savoir à qui faire appel en fonction des situations

Globalement quand on demandait aux sentinelles à quel(s) soignant(s) ou contacts ils feraient ou pourraient faire appel en cas de personne en situation de souffrance repérée, il semblait qu'ils aient identifié les interlocuteurs mais il persistait des doutes sur la conduite à tenir. Un moyen d'apporter un outil à ces bénévoles serait d'élaborer un arbre décisionnel pour savoir hiérarchiser les sollicitations en fonction des situations repérées. Ci-dessous est présentée une proposition d'arbre décisionnel.

Figure 5 : Algorithme décisionnel



3.6 Un besoin d'écoute

Précédemment, nous avons mis en lumière l'entraide qui s'est construite entre bénévoles. Il apparaissait également que la plupart de participants jugeaient important d'avoir la « possibilité d'échanger autour de ces situations compliquées » (F). Avoir souligné cette volonté des sentinelles interrogées constitue un argument en faveur du développement d'une solution d'écoute qui pourrait se concrétiser par la possibilité d'avoir recours à un entretien avec un psychologue. Cette hypothèse avait également été envisagée par les différents interlocuteurs rencontrés au cours des réunions des cellules de prévention du suicide de la MSA d'Armorique auxquelles l'investigateur a participé (27). La proposition de mise en place d'un recours à un professionnel psychologue pour les sentinelles en cas de besoin pouvait également se justifier par le fait que certains participants avouaient une répercussion de leur participation au dispositif sur eux-mêmes ou leur entourage et parfois un questionnement sur le devenir des personnes repérées.

V. CONCLUSION

La prévention du risque suicidaire constitue un problème majeur de santé publique, en particulier parmi les travailleurs du monde agricole en Bretagne. L'implication de l'entourage dans la prise en charge des patients en crise était encouragée lors de la dernière conférence de Consensus de l'ANAES en octobre 2000 concernant la prise en charge du risque suicidaire. Ainsi, la formation de bénévoles non-soignants comme les sentinelles semble s'inscrire dans cette dynamique. Cette étude est la première qui s'attache à mettre en lumière le ressenti de ces volontaires concernant leur participation à ce dispositif.

Bien que les bénévoles exprimaient un sentiment global positif concernant leur participation au réseau sentinelle, l'étude a permis de souligner certaines difficultés éprouvées. Une majorité de volontaires semblait ressentir une incertitude quand il s'agissait de choisir un interlocuteur en cas de situation fragile repérée. Un outil décisionnel où seraient rappelés les différents soignants ou services sociaux à solliciter en fonction du degré d'urgence des situations repérées pourrait constituer une aide importante pour les sentinelles.

Enfin, diffuser la connaissance de l'existence d'un tel dispositif auprès des médecins généralistes exerçant dans les territoires ruraux permettrait une meilleure articulation entre les sentinelles et les réseaux de soins des territoires.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie. 2ème rapport de l'observatoire national du suicide [Internet]. 2013 [consulté le 2 nov 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons-assemblee-pleniere-10sept213.pdf>
2. Observatoire Régional de Santé Bretagne. Observation du phénomène suicidaire en Bretagne - Mortalité et hospitalisations en court séjour [Internet]. 2011 [consulté le 2 nov 2016]. Disponible sur : http://orsbretagne.typepad.fr/Suicide%20et%20TS%20en%20Bretagne_janvier2011_leger.pdf
3. Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. avr 2010;58(2):139-50.
4. Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. Suicides et tentatives de suicide en France. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats. 2006;488:1-8.
5. Jouglé E, Pequignot Chappert JL, Rossolin F, Le Toulec A, Pavillon G. La qualité des données de mortalité par suicide. Revue Epidémiologique de Santé publique. 2002 Jan;50:49--62.
6. Geoffroy-Perez B, Imbernon E, Goldberg M. Projet COSMOP: cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession. Infection. 2005;1(139):11.
7. Bossard C, Cohidon C, Santin G. Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. Étude exploratoire Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire [Internet]. 2013 [cité 7 avr 2017]; Disponible sur: http://www.smtaquitaine.fr/uploads/media_items/syst%C3%A8me-de-surveillance-des-suicides-en-lien-avec-le-travail.original.pdf
8. Bossard C, Santin G, Guseva Canu I. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants [Internet]. 2013 [consulté le 2 nov 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2013/Surveillance-de-la-mortalite-par-suicide-des-agriculteurs-exploitants>
9. Bay G, Le Coaziou M, Budowski M, Gilbert S, CNGE. Abrégés Connaissances et Pratiques, Médecine Générale. 1er édition, 2003. 388 p.
10. ANAES. Conférence de consensus La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. 2000 [consulté le 28 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
11. ANAES. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire [Internet]. 2002 [cité 7 avr 2017]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_recommandations_2006_12_27_16_20_34_967.pdf

12. Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. Suicides et tentatives de suicide en France. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et résultats*. 2006;488:1-8.
13. Jouglé E, Pequignot Chappert JL, Rossolin F, Le Toulec A, Pavillon G. La qualité des données de mortalité par suicide. *Revue Epidémiologique de Santé publique*. 2002 Jan;50:49--62.
14. Mutualité Sociale Agricole. PLAN NATIONAL MSA DE PRÉVENTION DU SUICIDE 2011-2014 [Internet]. 2011 [consulté le 2 nov 2016]. Disponible sur : <http://ssa.msa.fr/lfr/documents/21447876/0/11344%20Plan%20national%20pr%C3%A9vention%20du%20suicide%202016-2020/51fb9e4c-824f-4f4b-ad2a-0fbf01d0adc1>
15. ARS BRETAGNE. Cahier des charges régional de la formation « Crise suicidaire - repérer, évaluer, intervenir » [Internet]. 2015 [consulté le 10 sept 2016]. Disponible sur: http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Appels_a_projets_et_candidature/Sante_publicue/PPS/Annexe1_crise_suicidaire_cdc_nov2015.pdf
16. Shea SC, Terra J, Seguin M. ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE Comment intervenir pour prévenir. 2008. 352 p.
17. Seguin M. Désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte" [Internet]. 2000 [cité 7 avr 2017]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/seguin1.html>
18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
19. INSEE. Exploitations agricoles—Tableaux de l'Économie Française [Internet]. 19/022014 [cité 7 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288387?sommaire=1288404>
20. Les disparités sur le marché du travail entre les femmes et les hommes : une analyse sur longue période - Dares Analyses - Dares Indicateurs - Dares Résultats - Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social [Internet]. [cité 7 avr 2017]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/les-disparites-sur-le-marche-du-travail-entre-les-femmes-et-les-hommes-une>
21. Archambault É. Le bénévolat en France et en Europe. *Pensée plurielle*. 2005;9(1):11.
22. CREDOC. Les Français et la vie associative [Internet]. [cité 7 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=R201>
23. CPNLF, Courtet P. Suicide et environnement social [Internet]. 2003 [cité 7 avr 2017]. Disponible sur: <http://medias.dunod.com/document/9782100701544/Feuilletage.pdf>
24. Kopp-Bigault C, Walter M, Thevenot A. The social representations of suicide in France: An inter-regional study in Alsace and Brittany. *Int J Soc Psychiatry*. déc 2016;62(8):737-48
25. Walter M. La prévention du suicide: le souci de l'autre. *La revue du praticien*. Février 2011;61:173-4.

26. Rutz W., Wallinder J., Eberhard G. et al. « An educational program on depressive disorders for general practitioners on Götland: background and evaluation ». *Acta Psychiatr. Scand.* 1989 : 79 : 19-26

27. Rapport d'évaluation intermédiaire de l'action Sentinelles, MSA d'Armorique 2013-2015 mise en œuvre avec les ASEPT 22 et 29

ANNEXES

Annexe n°1 : Guide d'entretien

Je me présente, je m'appelle Thomas Kervella. Je suis médecin généraliste remplaçant. Je réalise actuellement ma thèse sur la prévention du suicide chez les travailleurs du monde agricole breton, et plus particulièrement le ressenti des bénévoles formés par la MSA concernant leur participation au dispositif dénommé Sentinelles. Les objectifs secondaires sont d'établir le lien entre les situations signalées et le réseau de soins des territoires et d'identifier les freins et les facteurs favorisant l'articulation entre les bénévoles et les professionnels médico-sociaux. L'entretien devrait durer 45 minutes. En pratique j'enregistre notre échange, avec votre accord, pour me permettre de l'analyser par la suite. L'anonymat est bien sûr la règle.

- Quel est votre sentiment global concernant votre participation au dispositif de prévention du suicide mis en place par la MSA appelé Sentinelle ?
 - Quelles ont été les circonstances de votre participation au dispositif Sentinelle ?
 - Quelles ont été vos motivations pour participer ?
 - Quels sont vos liens éventuels avec le milieu agricole ou le monde rural ?
- Quelle est votre perception concernant l'impact de votre action ?
 - Avez-vous été confronté à des situations de personnes à risque suicidaire ?
- Quelles sont selon vous les difficultés rencontrées pour repérer les personnes à risque ?
 - Ya-t-il selon vous des difficultés à repérer des personnes fragiles qui soient propres aux personnes du monde rural ?
 - Y'a-t-il selon vous des éléments de fragilité propres aux travailleurs du monde agricole ?
- Pouvez-vous me parler des outils pour aller vers les personnes repérées ?
- Y a-t-il eu des répercussions sur vous-mêmes ou votre entourage suite à la participation au dispositif ?
 - Avez-vous ressenti le besoin de parler des situations rencontrées ?
- Quelles sont vos propositions formulées aux personnes à risque suicidaire ?
 - Un lien avec les professionnels de santé du territoire a-t-il été mis en place ?
 - A qui faites ou feriez vous appel en cas de situation fragile repérée ?
 - Quels ont été les éléments de votre formation qui selon vous facilitent le lien entre les personnes fragiles et les soignants ?
 - Quelles sont vos propositions pour améliorer l'articulation entre les bénévoles et le réseau de soins ?

- Comment voyez-vous l'avenir du dispositif ?
 - Pensez-vous continuer de participer à ce dispositif ?
 - Conseilleriez-vous à d'autres personnes bénévoles de se former pour participer à la prévention ?

 - Quelles sont vos propositions éventuelles pour améliorer le dispositif ?

Annexe n°2 : Critères COREQ

<i>Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion</i>		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	KERVELLA Thomas, thésard
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Remplaçant en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Pas d'expérience de recherche. Apprentissage d'utilisation du logiciel Zotero à la Faculté de médecine de Rennes.
<i>Relations avec les participants</i>		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Ils connaissaient le sujet de thèse
8. Caractéristiques de l'enquête	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Remplaçant en médecine générale
<i>Domaine 2 : Conception de l'étude</i>		
<i>Cadre théorique</i>		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Méthode verbatim, retranscription mot pour mot et analyse en thème et sous thèmes par l'investigateur à l'issue du recueil de données
<i>Sélection des participants</i>		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Cordonnées des bénévoles obtenues auprès des animateurs des réseaux d'élus MSA d'Armorique, échantillon reflétant la diversité des profils de bénévoles. Le recueil des données a été réalisé jusqu'à saturation des données
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les	Les animateurs des réseaux d'élus MSA ont réalisé un premier contact

	participants ?	téléphonique pour présenter le projet. Puis les sentinelles ont été sollicités par l'investigateur pour fixer une date d'entrevue par téléphone.
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Douze Sentinelles bénévoles ont participé l'étude
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucune
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Dans les bureaux des antennes locales de la MSA d'Armorique. 4 ont eu lieu à la MSA de Landerneau, 6 à la MSA de Saint-brieuc, 2 autres à la MSA de Quimper
15. Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Les 12 participants étaient des Sentinelles formées lors de la première session de décembre 2013.
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Le guide d'entretien a été élaboré par l'investigateur, il a évolué tout au long de l'étude.
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio sur téléphone portable
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Entre 29 et 72 minutes
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Obtenu quand peu d'idées nouvelles apparaissaient

23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
<i>Domaine 3 : Analyse et résultats</i>		
<i>Analyse des données</i>		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'investigateur a codé les données
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils ont été déterminés à partir des données
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Le codage a été réalisé sous Microsoft Word
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
<i>Rédaction</i>		
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui chaque participant a été identifié par une lettre
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Cohérence interne : biais discutés en partie 4
31. Clarté des thèmes Principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	5 thèmes principaux présentés distinctement dans les résultats
32. Clarté des thèmes Secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Certains thèmes secondaires ont été discutés

Annexe n°3 : Formulaire de consentement

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A LA THESE DE MR KERVELLA THOMAS**

Les Sentinelles : état des lieux d'un dispositif de prévention du suicide chez les travailleurs du monde agricole en Bretagne.

Je soussigné(e)(nom et prénom du sujet), accepte de participer à l'étude sus-citée.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mr KERVELLA Thomas.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire. L'anonymat est la règle.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Annexe n°4 : Fiche d'information destinée aux médecins généralistes

Les Sentinelles : un dispositif de prévention du suicide chez les travailleurs du monde agricole en Bretagne.

La MSA d'Armorique a proposé la mise en place de formations afin de constituer un réseau de bénévoles appelés les Sentinelles. Ces dernières sont des non-soignants susceptibles d'être en contact avec des personnes en situation de souffrance dans le monde agricole. Leur rôle consiste à détecter les personnes à risque suicidaire, à établir le contact avec elles ou avec leurs proches et à les encourager à demander de l'aide et leur proposer d'établir un lien entre eux et le réseau local de soins du territoire.

Ainsi si vous exercez en zone rurale, il se peut que ces volontaires vous contactent afin d'assurer l'articulation entre le réseau de soins des territoires et les personnes en situation de souffrance psychique.

KERVELLA, Thomas – Les Sentinelles : Etat des lieux d'un dispositif de prévention du suicide chez les travailleurs du monde agricole en Bretagne (50 feuilles, 4 illustrations, 1 tableau, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2017 ; N°

Introduction : Les Sentinelles de la MSA sont des bénévoles non soignants formés au repérage et au signalement des personnes à risque suicidaire, en particulier parmi les travailleurs du monde agricole. L'objectif de l'étude était d'évaluer le ressenti des volontaires deux après leur formation, concernant leur participation au dispositif. **Matériel et méthode** : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 sentinelles formées par la MSA à partir de décembre 2013. **Résultats** : 12 entretiens ont été réalisés en janvier 2017. L'analyse a été répartie en 5 grands thèmes : circonstances de participation au dispositif, le ressenti concernant le repérage des personnes à risque suicidaire, la représentation qu'ont les sentinelles de leur rôle, l'articulation avec les réseaux de soins, la perception de l'avenir et les suggestions pour améliorer le dispositif. Les principales difficultés étaient l'identification des interlocuteurs pour signaler les situations de fragilité repérées, savoir à qui s'adresser pour une écoute et le sentiment d'impact limité du fait du nombre encore faible de bénévoles formés. Les facteurs positifs étaient l'existence de signalements, le sentiment global des volontaires concernant leur participation, la solidarité entre les sentinelles. **Conclusion** : Il semble donc intéressant d'impliquer des bénévoles non soignants dans un dispositif de prévention, et plus particulièrement de constituer un maillage sur les territoires afin de repérer les personnes fragiles à risque suicidaire et de leur proposer une prise en charge adaptée.

Introduction : The Sentinelles de la MSA are a team of volunteers who are not caregivers but who have been trained to detect and report people whose conduct point out a suicidal risk especially among farming workers. The aim of this study was to assess the volunteer's experience after their training: we wanted to know how they felt. **Methodology**: semi-guided interviews were held with twelve volunteers trained by the MSA, starting in December 2013. **Results**: twelve interviews were carried out in January 2017. Five main themes were tackled : the context in which the person decided free-willingly to take part in this project, the way they experienced and felt when detecting workers with suicidal tendencies or behavior, the way they perceived their role, the connection made afterwards the medical team, their perception of the future and the suggestions made to improve the program. The main difficulties they met were how to identify the people at risk in order to detect sensitive cases, who to report the latter to, and the feeling of being not so helpful due to the still small number of trained volunteers. What came out positively were the fact that suicidal conduct had indeed been discovered, the overall feeling of the volunteers concerning their taking part in the program as well as the feeling of solidarity between the watchers. **Conclusion**: having volunteers with no medical training, whose task is to help prevent suicide and most of all who build a local network in order to detect fragile behavior, is actually relevant. These people who are at risk can thus be later taken care of in medical sense.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : étude qualitative, suicide, monde agricole, bénévole

Mots-clés anglais MeSH : qualitative study, suicide, farming workers, volunteers

JURY : Président : Monsieur le Professeur Emmanuel OGER

Assesseurs : Monsieur le Docteur Hugues Trollé (directeur de thèse)
 Madame la Professeur Françoise Tattevin-Fablet
 Monsieur le Docteur Alain Caubet
 Madame le Docteur Bénédicte Delamare