

# PLANIFICATION DE LA PRÉVENTION ET DE LA RÉDUCTION DES RISQUES DE SUICIDE DANS LES CONTEXTES DE RÉFUGIÉS



**Une boîte à outils pour des actions multisectorielles**  
Version 2023 du test sur le terrain



© HCR, 2023. Tous droits réservés

La reproduction et la diffusion à des fins éducatives ou à d'autres fins non commerciales sont autorisées sans autorisation écrite préalable des détenteurs des droits d'auteur, à condition que la source soit dûment mentionnée.

La reproduction pour la revente ou à d'autres fins commerciales, ou la traduction à quelque fin que ce soit, est interdite sans l'autorisation écrite des détenteurs des droits d'auteur. Les demandes d'autorisation doivent être adressées à la section santé publique du Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) à l'adresse suivante : [HQPHN@unhcr.org](mailto:HQPHN@unhcr.org).

Ce document est commandé par le HCR et publié sur son site web.

Les rédacteurs et les auteurs ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, qu'elle soit expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur. En aucun cas le Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés ne sera responsable des dommages résultant de son utilisation.

**Citation suggérée :**

Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (2023). Planification de la prévention et de la réduction des risques de suicide dans les contextes de réfugiés. Une boîte à outils pour des actions multisectorielles Version 2023 du test sur le terrain. Genève, Suisse.

**Photo de couverture :**

Transcultural Psychosocial Organisation, ONG partenaire du HCR, organise une session de conseil avec un groupe de réfugiées sud-soudanaises ayant des pensées suicidaires dans le camp de Bidibidi en Ouganda. © HCR/Rocco Nuri

**Conception graphique :**

Conception@Bay

# TABLE DES MATIÈRES

Acronymes	4
Remerciements aux contributeurs et relecteurs	4
À propos de ce document	5
Introduction	8

## PREMIÈRE PARTIE : SIX ÉTAPES POUR DÉVELOPPER UN PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES DE SUICIDE DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS

Étape 1 : Créer un groupe de travail multisectoriel pour la prévention et la réduction des risques de suicide	16
Étape 2 : Recueillir des informations pour mieux comprendre le problème dans le contexte	19
Étape 3 : Analyser et synthétiser les informations disponibles	35
Étape 4 : Prioriser et sélectionner les interventions et les activités à inclure dans un plan d'action multisectoriel de prévention et de réduction des risques du suicide	39
Étape 5 : S'assurer de l'adhésion de tous les partenaires concernés	42
Étape 6 : Élaborer un système de suivi pour le plan de prévention et de réduction des risques de suicide	43

## DEUXIÈME PARTIE : UN MENU D'ACTIVITÉS D'INTERVENTION POTENTIELLES POUR LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES DE SUICIDE

1. Mettre en œuvre des activités visant à favoriser la participation des communautés à la prévention et la réduction des risques de suicide	48
2. Sensibilisation au moyen d'une action de proximité à l'échelle de la communauté	51
3. Promouvoir des compétences d'adaptation saines pour faire face à des situations de détresse	53
4. Faciliter les activités visant à renforcer la cohésion communautaire et le soutien mutuel	55
5. Limiter l'accès aux moyens de suicide	57
6. Promouvoir des soins de santé mentale accessibles	58
7. Former les personnes-relais sentinelles à identifier les signes avant-coureurs du suicide et à y répondre	60
8. Plaider en faveur de l'accès aux moyens de subsistance et de l'inclusion socio-économique des réfugiés	63
9. Former le personnel des lignes d'assistance et des standards téléphoniques à répondre aux appels des personnes en détresse	64
10. Former les premiers intervenants à la planification de la sécurité	66
11. Former le personnel de SMSPS et de santé à l'évaluation et à la gestion des comportements suicidaires	70
12. Développer un parcours clair pour savoir qui fait quoi lorsqu'une personne est suicidaire	74
13. Apporter un soutien aux personnes affectées par le suicide	76
14. Promouvoir le bien-être du personnel et des bénévoles	79
15. Élaborer un plan de communication de crise	82
16. Effectuer un débriefing opérationnel/une évaluation post-incident	84

## Remerciements aux contributeurs et relecteurs

### Rédacteurs et auteurs principaux :

Meghan Obermeyer (HCR, Genève, Suisse)

Moses Bwesige Mukasa (HCR, Genève, Suisse). Actuellement : Lutheran World Foundation, Kampala, Ouganda)

Peter Ventevogel (HCR, Genève, Suisse)

### Réviseurs et autres contributeurs :

Ann Burton (HCR, Genève, Suisse)

Ariel Zarate (Sous-groupe de prévention du suicide, Cox's Bazar, Bangladesh)

Benedicte Duchesne (Bureau régional du HCR pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, Amman, Jordanie)

Carol El Sayed (HCR Liban, Beyrouth)

Claire Whitney (Corps médical international, États-Unis)

Erica Roig (HCR Pérou, Lima)

Erin Anastasi (HCR, Genève, Suisse)

Erminia Colucci (Middlesex University, Londres, Royaume-Uni)

Inka Weissbecker (Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse)

Josephine Ngebeh (Bureau régional du HCR pour l'Afrique de l'Est, la Corne de l'Afrique et les Grands Lacs, Nairobi, Kenya)

Lakshmi Vijayakumar (Département de psychiatrie, VHS, SNEHA Chennai Inde)

Leana Podeszfa (HCR Liban, Beyrouth)

Liyam Eloul (Centre pour les victimes de la torture, Minneapolis, États-Unis)

Mame Diarra Tine (Bureau régional du HCR pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Dakar, Sénégal)

Maria Cecilia Lopez (Bureau régional du HCR pour les Amériques, Panama)

Marian Schilperoord (HCR, Genève, Suisse)

Nancy Baron (Institut de formation et de services psychosociaux du Caire, Égypte)

Nicholas Procter (Université d'Australie-Méridionale, Adélaïde, Australie)

Patyl Kevorkian (HCR Liban, Beyrouth)

### Relecteurs de la traduction française :

Cecile Bizouerne (Experte indépendante en SMSPS, France)

Ibrahima Diallo (UNHCR, Suisse)

Ernest Djogo (UNHCR, Tchad)

Peter Ventevogel (UNHCR, Suisse)

## Acronymes

<b>CBP</b>	L'approche communautaire de la protection (Community-based Protection)
<b>CSCAG</b>	Groupe de consultation et de conseil des acteurs concernés de la communauté (Community Stakeholders Consultation and Advisory Group)
<b>HCR</b>	Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés
<b>IDP</b>	Personnes déplacées internes (Internally displaced people)
<b>IEC</b>	Information, éducation et communication
<b>iRHIS</b>	Système intégré d'information sur la santé des réfugiés
<b>LGBTIQ+</b>	Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexes, queers et autres identités diverses
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>POS</b>	Procédure opérationnelle standard
<b>PSP</b>	Premiers secours psychologiques
<b>SGI</b>	Système de gestion de l'information (Information Management System)
<b>SIS</b>	Système d'information sur la santé
<b>SMSPS</b>	Santé mentale et soutien psychosocial
<b>VBG</b>	Violence Basée sur le Genre

# À PROPOS DE CE DOCUMENT

*Ce document a été élaboré en réponse aux demandes du personnel du HCR dans divers pays qui, au fil du temps, ont cherché des conseils sur la meilleure façon de répondre aux comportements suicidaires parmi les réfugiés et les demandeurs d'asile et sur ce que leurs opérations pourraient faire pour prévenir et réduire les comportements suicidaires.*

.....  
Cette boîte à outils a été conçue pour les utilisateurs suivants :

- Personnel technique travaillant dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS).
- Personnel des secteurs de la santé publique, de la protection (y compris la protection communautaire, la protection des enfants et la violence basée sur le genre), de l'éducation, de la coordination opérationnelle et sur le terrain, et d'autres secteurs le cas échéant.
- Les gestionnaires et les personnes chargées de l'affectation des ressources, telles que les responsables de programme et les chefs d'unité.
- Le personnel concerné des organisations partenaires.

Cette boîte à outils vise à aider le personnel et les partenaires du HCR à :

- Obtenir une vue d'ensemble des actions qu'ils peuvent entreprendre et qu'ils peuvent adapter à leur contexte.
- Faciliter l'élaboration d'un plan d'action multisectoriel structuré pour la prévention et la réduction des risques de suicide pour les populations concernées.

## ENCADRÉ 1 :

### Utilisation de ce document dans les situations de déplacement interne

Ce document a été élaboré sur la base de l'expérience acquise avec les réfugiés et est destiné à être utilisé par le HCR et les partenaires travaillant dans le cadre des opérations en faveur des réfugiés. Cette boîte à outils sera probablement aussi utile au HCR et aux partenaires travaillant avec les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (personnes déplacées internes: PDI) et peut soutenir la mise en œuvre des [éléments de base pour la protection des IDP](#).

Elle pourrait être particulièrement utile aux acteurs qui travaillent à la mise en œuvre des éléments de base des interventions communautaires et des services sociaux. Elle complète la note d'orientation de [la lutte contre le suicide dans les contextes humanitaires](#). Note d'orientation. (IASC 2022). Nous sollicitons le retour d'information des utilisateurs dans les contextes des personnes déplacées internes afin que la prochaine version de cette boîte à outils puisse être encore mieux adaptée aux besoins propres à ces contextes.

La boîte à outils contient des liens vers des ressources pertinentes pour une lecture plus approfondie et a été délibérément concise pour n'inclure que des informations et des ressources pouvant être utilisées dans des contextes de déplacement. Pour une vue d'ensemble plus large, nous conseillons aux lecteurs de consulter d'autres documents tels que :

- Note d'orientation sur « la lutte contre le suicide dans les contextes humanitaires », rédigée par l'IASC. Groupe de référence pour [la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence](#).
- Matériel sur le [site web](#) de l'Organisation mondiale de la santé.


**Tableau 1** : Définitions des termes clés

Termes clés	Définitions
<b>Suicide</b>	..... Acte de mettre fin intentionnellement à sa propre vie.
<b>Tentative de suicide</b>	..... Tentative active de mettre fin à sa propre vie qui n'aboutit pas à la mort. ..... Cela inclut les actes qui ne sont pas réellement mortels si la personne qui les a commis pensait qu'ils pouvaient l'être.
<b>Comportement suicidaire</b>	..... Une série d'actions pouvant entraîner la mort d'une personne. Cela comprend les idées suicidaires, la planification du suicide, les tentatives de suicide et la mort par suicide. Les actes préparatoires tels que l'achat/l'acquisition et assembler des moyens pour mourir par suicide sont généralement aussi considérés comme un comportement suicidaire.
<b>Pensées ou idées suicidaires</b>	..... Pensées sur la possibilité de mettre fin à sa vie. Il s'agit notamment de la réflexion, des souhaits et des préoccupations concernant la mort et le suicide. Les idées peuvent varier en intensité et en durée, allant de pensées passagères à une préoccupation totale de vouloir mourir. <i>Les idées passives</i> sont des idées de désir de mort. <i>Les idées actives</i> sont des pensées concernant des actions visant à se tuer. <sup>1</sup>
<b>Intervention en cas de suicide</b>	..... Efforts directs pour empêcher une personne de tenter de se suicider.
<b>Postvention en cas de suicide</b>	..... Activités consécutives à un décès par suicide qui réduisent le risque de récurrence ou de reproduction de l'acte par d'autres membres de la communauté et/ou qui favorisent le rétablissement et la guérison des personnes touchées.
<b>Prévention du suicide</b>	..... Activités ciblées sur des groupes ou des populations afin de réduire les facteurs de risque de suicide et d'augmenter les facteurs qui favorisent la résilience.
<b>Réduction des risques de suicide</b>	..... Activités visant à identifier, évaluer, intervenir et réagir dans le but de réduire l'exposition des individus et des communautés aux risques de suicide et de réduire les effets néfastes qui y sont liés.
<b>Contagion du suicide</b>	..... Processus par lequel l'exposition au suicide ou au comportement suicidaire de personnes au sein de la famille, du groupe de pairs ou de la communauté, ou au moyen d'informations diffusées dans les médias sociaux ou la presse, déclenche un comportement suicidaire chez d'autres personnes (« comportement suicidaire imitatif »).
<b>Cluster de suicides</b>	..... Un nombre anormalement élevé de personnes ayant un comportement suicidaire et se trouvant plus près l'une de l'autre dans le temps et/ou dans l'espace que ce que l'on pourrait attendre du hasard.

<sup>1</sup> En général, les personnes ne développent pas soudainement des idées suicidaires, mais les développent sur une plus longue période, en commençant souvent par des pensées suicidaires passagères ou le désir d'échapper à une situation perçue comme douloureuse ou difficile. Cela peut progressivement évoluer vers des pensées plus cohérentes sur la mort et le suicide et vers des plans concrets ou une tentative réelle. Les pensées suicidaires ne sont pas une question de « présence » ou d'« absence », mais elles vont et viennent avec des niveaux d'intensité variables. La plupart des personnes ayant des pensées suicidaires ne développent pas d'intention concrète de mettre fin à leur vie. Les pensées suicidaires peuvent être très effrayantes, surtout lorsqu'elles semblent incontrôlables.

Termes clés	Définitions
<b>Automutilation</b>	Comportement d'automutilation intentionnelle dont l'issue n'est pas fatale. Il s'agit notamment de se couper, de se griffer, de se frapper, de brûler les tissus de son propre corps et de s'empoisonner. Certaines personnes ont des idées suicidaires pendant qu'elles se font du mal, mais d'autres n'en ont pas. Parfois, une personne peut percevoir l'automutilation comme un apaisement, par exemple lorsqu'elle est pratiquée pour soulager la tension résultant d'une agitation intérieure.
<b>Personnes-relais sentinelles</b>	Les individus d'une communauté (tels que les enseignants, les leaders communautaires ou les chefs religieux) qui ont un contact direct avec de nombreux autres membres de la communauté dans le cadre de leur routine habituelle et qui peuvent être formés pour identifier, aider et orienter les personnes présentant un risque de suicide.

## ENCADRÉ 2 :

**Langage à éviter**


Ne pas utiliser l'expression « *commettre un suicide* », car elle suggère un élément criminel dans l'acte, ce qui pourrait accroître la stigmatisation et décourager les gens de chercher de l'aide. Éviter les termes descriptifs tels que « succès », « échec » et « terminé », car ils impliquent des connotations positives et négatives. Utiliser plutôt des termes neutres tels que « tentative de suicide » ou « mort par suicide ».

En anglais, le terme « *para-suicide* » est parfois utilisé pour désigner un comportement d'automutilation non mortel avec une intention claire de causer des lésions corporelles ou la mort. Ce terme étant difficile à traduire dans certaines langues, nous ne recommandons pas son utilisation.





# INTRODUCTION

---

© HCR/Seivan M.Salim



## Le suicide chez les réfugiés et les demandeurs d'asile

Au cours des dernières années, les opérations du HCR ont été de plus en plus confrontées à des niveaux inquiétants de comportement suicidaire parmi les personnes que nous aidons. Nous ne savons pas s'il s'agit d'une augmentation réelle de ce type de comportement ou d'une augmentation des signalements mais, quoi qu'il en soit, le HCR et ses partenaires doivent élaborer des plans pour prévenir et réduire les risques de suicide, pour répondre efficacement aux personnes exprimant un comportement suicidaire et pour prendre des mesures appropriées pour réduire les effets sur les autres lorsque des personnes meurent par suicide.

La plupart des données relatives au suicide chez les réfugiés et les demandeurs d'asile sont recueillies dans les pays à revenu élevé, et peu de données proviennent des pays à revenu faible ou intermédiaire où vivent la plupart des réfugiés. Les réfugiés et autres populations déplacées présentent des facteurs de risque de suicide accrus, qui peuvent être liés à des expériences de vie antérieures, à leur état de santé physique et mentale, aux facteurs de stress de la vie quotidienne en situation de déplacement et à la perte d'espoir en l'avenir. Les enfants et adolescents réfugiés qui ont été exposés à la violence ou qui vivent dans des conditions extrêmement difficiles sont particulièrement concernés : l'exposition à la violence et à la négligence ou à la maltraitance des enfants augmente le risque de suicide plus tard dans la vie. Les déplacements forcés peuvent également aggraver les risques de violence basée sur le genre, y compris les mariages précoces et forcés, qui peuvent être des facteurs de risque de comportement suicidaire chez les filles et les femmes. Les séjours prolongés dans des conditions défavorables dans des camps fermés pour réfugiés et demandeurs d'asile augmentent considérablement les risques de troubles mentaux, y compris l'automutilation et le suicide.

Les personnes qui ont été soumises à des procédures d'asile longues et incertaines décrivent souvent qu'elles se sentent humiliées et déshumanisées, ce qui peut conduire à l'impuissance et au désespoir et augmenter le risque de suicide.

## Le suicide, une préoccupation croissante

Le suicide est un grave problème de santé publique dans de nombreuses populations et dans de nombreux contextes. Dans le monde, plus de 700 000 personnes meurent par suicide chaque année. En fait, le suicide est l'une des principales causes de décès dans le monde et, chaque année, plus de personnes meurent à cause du suicide qu'à cause du paludisme, du VIH/SIDA, du cancer du sein ou de la guerre/homicide. En 2019, plus d'un décès sur 100 (1,3 %) [est dû à un suicide](#). Pour chaque suicide, il y a beaucoup plus de tentatives de suicide. La pertinence du suicide en tant que problème mondial est explicitement reconnue dans les objectifs de développement durable, avec un indicateur sur le taux de mortalité par suicide (indicateur 3.4.2 des ODD). Tous les gouvernements nationaux doivent informer du taux de mortalité par suicide dans leur pays.

## Suicide et comportement suicidaire

En 2018, le HCR a commandé une [étude systématique sur la prévention du suicide](#) qui a révélé qu'il existe peu d'interventions fondées sur des données probantes qui ont été testées dans des contextes humanitaires et que le suicide et les comportements suicidaires ne peuvent être combattus que par des approches multisectorielles à long terme combinant des interventions communautaires et des interventions ciblées pour les personnes à risque. De nombreux facteurs influencent le risque de comportement suicidaire d'une personne, y compris des facteurs :

- individuels/ propres à la personne,
- dans leur environnement social tel que les relations, les ménages et les familles, et
- au sein de leur communauté et dans la société en général, y compris dans leur contexte actuel et dans leur pays d'origine.

Ces facteurs peuvent être liés à des expériences passées, aux circonstances de vie actuelles, aux perceptions et perspectives d'avenir des individus.

## Facteurs de risque et de protection

Pour comprendre le risque de comportement suicidaire d'une personne, il est important de prendre en compte différents aspects de sa vie. Il s'agit non seulement des facteurs qui augmentent le risque de suicide, mais aussi des éléments positifs de la situation de vie de la personne qui peuvent avoir un effet protecteur.

1. **Les facteurs de protection** sont des caractéristiques qui réduisent la probabilité qu'une personne envisage de se suicider, qu'elle fasse une tentative de suicide ou qu'elle meure par suicide.
2. **Les facteurs de risque** sont des caractéristiques qui augmentent la probabilité qu'une personne envisage de se suicider, qu'elle fasse une tentative ou meure par suicide.
3. **Les signes d'alerte** sont des indicateurs d'un comportement suicidaire imminent.

Il est important de comprendre que le comportement suicidaire est souvent une tentative de mettre fin à une douleur ou à une détresse écrasante, et qu'il se produit généralement lorsqu'une personne se sent impuissante et désespérée et qu'elle ne voit pas d'autres moyens de mettre fin à sa souffrance. Compte tenu du manque actuel de recherches, nous ne pouvons pas prédire de manière adéquate qui, parmi la population de réfugiés, tentera de mettre fin à ses jours, mais nous pouvons faire de nombreuses choses pour réduire les risques qu'une personne ait recours à un comportement suicidaire, et pour identifier et soutenir les personnes qui courent un risque imminent.



Dans chaque contexte, l'identification des facteurs de risque et de protection les plus importants peut aider à déterminer la nature et le type d'interventions nécessaires. Les facteurs de risque peuvent exister à différents niveaux, notamment au niveau individuel, social ou contextuel, et à de multiples points d'interaction. Lorsque des facteurs de risque sont présents, il faut supposer que la probabilité de comportements suicidaires est plus élevée. Certains facteurs de risque et de protection importants pour les réfugiés et les demandeurs d'asile sont énumérés ci-dessous dans le [tableau 2](#).

**Tableau 2 :** Facteurs de protection et de risque de suicide chez les réfugiés et les demandeurs d'asile

Facteurs de protection	Facteurs de risque
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès restreint aux moyens de suicide (tels que les pesticides et autres méthodes mortelles)</li> <li>• Compétences en matière de résolution de problèmes et de conflits</li> <li>• Compétences en matière de régulation émotionnelle et de tolérance à la détresse</li> <li>• Liens étroits avec les individus, la famille, la communauté et les institutions sociales</li> <li>• Croyances religieuses ou spirituelles</li> <li>• Opportunités et stabilité économiques</li> <li>• Comportement proactif de recherche d'aide</li> <li>• Accès à des soins de santé mentale et à un soutien psychosocial de qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tentative(s) de suicide antérieure(s) (il s'agit du facteur de risque de suicide le plus important)</li> <li>• Troubles de la santé mentale (en particulier les dépressions sévères, anxiété sévère et les psychoses)</li> <li>• Antécédents familiaux de suicide</li> <li>• Connaître une personne décédée par suicide. Dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, les centres de détention pour migrants et les camps de réfugiés surpeuplés, l'exposition au comportement suicidaire des pairs peut augmenter le risque de comportement suicidaire chez les autres</li> <li>• Sentiment de désespoir (qui peut être alimenté par le sentiment d'être « piégé » par sa situation, notamment par l'absence de solutions durables, ce qui donne aux personnes un sentiment d'impuissance et d'incapacité à planifier leur avenir)</li> <li>• Isolement social, absence de soutien de la part de la famille et/ou de la communauté</li> <li>• Manque d'intégration sociale dans le pays d'accueil</li> <li>• Expériences de pertes récentes (ou accumulation de pertes multiples) telles que la mort d'un proche, le rejet de demandes de statut de réfugié ou de réinstallation</li> <li>• Peur d'être expulsé ou refoulé (renvoyé contre son gré dans le pays d'origine)</li> <li>• Séparation de la famille</li> <li>• Confinement à long terme</li> <li>• Perte d'emploi ou perte financière (contraintes économiques)</li> <li>• Consommation d'alcool, usage de drogues et d'autres substances</li> <li>• Douleur ou maladie chronique</li> <li>• Traumatisme ou abus</li> <li>• Mariages forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes</li> <li>• Être rejeté, exclu, discriminé et/ou marginalisé par la famille et/ou la communauté (par exemple, les personnes LGBTIQ+ et/ou les minorités raciales, ethniques ou religieuses)</li> </ul>

Les facteurs de risque ne causent pas ou ne prédisent pas un suicide, mais sont des caractéristiques qui rendent plus probable qu'une personne envisage de se suicider, de faire une tentative de suicide ou de mourir par suicide. Cependant, les signes avant-coureurs de suicide indiquent qu'une personne est en grand danger et qu'elle a besoin d'aide de toute urgence. Les signes avant-coureurs de suicide sont parfois clairs et évidents, mais ils peuvent aussi être difficiles à reconnaître. Par ailleurs, certaines personnes qui tentent de se suicider peuvent ne présenter aucun signe avant-coureur. Les comportements énumérés dans le tableau 3 peuvent être des signes avant-coureurs d'une personne qui pense au suicide ou qui le planifie.

**Tableau 3 : Signes avant-coureurs de suicide**

Signes avant-coureurs
<ul style="list-style-type: none"><li>• Parler souvent de la mort, du décès ou du suicide</li><li>• Faire des commentaires sur le fait d'être désespéré, impuissant ou sans valeur</li><li>• Exprimer de forts sentiments de culpabilité ou de honte, ou la conviction d'être un fardeau pour les autres (par exemple, dire « les autres se porteront mieux sans moi »)</li><li>• Exprimer l'absence de raison de vivre et de but dans la vie, avec des propos tels que « Ce serait mieux si je n'étais pas là », ou exprimer un détachement à l'égard des projets et des activités dans lesquels la personne était impliquée auparavant</li><li>• Consommer des drogues et/ou de l'alcool plus souvent que d'habitude</li><li>• Se détacher de ses amis, de sa famille et de sa communauté</li><li>• Adopter un comportement imprudent ou des activités plus risquées, apparemment sans réfléchir</li><li>• Changements d'humeur spectaculaires</li><li>• Parler de « se sentir piégé » ou de ne pas voir de solutions aux difficultés actuelles</li><li>• Donner ses biens et/ou organiser ses affaires personnelles en fin de vie</li></ul>



## Éléments d'un plan d'action de prévention et de réduction des risques

Étant donné la nature multifactorielle du comportement suicidaire, les actions visant à prévenir le suicide et à réduire les risques de suicide devraient être multisectorielles. La planification de la prévention de la réduction des risques de suicide ne doit pas être considérée comme le domaine exclusif des professionnels de la santé mentale et du soutien psychosocial. Dans les opérations du HCR, les plans de prévention et de réduction des risques de suicide doivent être élaborés conjointement par des personnes jouant un rôle dans différents secteurs et être liés à d'autres programmes (par exemple, l'autonomisation des communautés, la santé publique, la violence de genre et l'éducation).

Un plan d'action de prévention et de réduction des risques, mis en œuvre par le HCR et ses partenaires, doit consister en des mesures pratiques qui, lorsqu'elles sont mises en œuvre ensemble, ont les meilleures chances de prévenir et de réduire les comportements suicidaires. En général, un plan d'action combine des interventions au *niveau du groupe* qui peuvent réduire les risques de comportement suicidaire (« *approches de santé publique* ») et des interventions au *niveau individuel*, pour soutenir les personnes qui ont montré des signes de comportement suicidaire ou qui présentent un risque élevé de comportement suicidaire imminent (« *approches cliniques* »).

Lors de l'élaboration d'un plan d'action de prévention du suicide et de réduction des risques<sup>2</sup>, il est important d'inclure des actions qui améliorent les réponses directes à une personne en crise ainsi que des approches préventives visant à réduire le risque global. Les trois piliers suivants doivent être pris en considération lors de l'élaboration d'un plan d'action :

### 1. Prévention : Actions visant à réduire les risques de tentatives de suicide :

- Renforcer les facteurs de protection des personnes à risque dans leur environnement social et créer ainsi des filets de sécurité
- Réduire les facteurs de risque chez les individus, les familles et les communautés

<sup>2</sup> Dans ce document, nous utiliserons le terme « plan d'action » pour désigner un plan d'action de prévention et de réduction des risques du suicide.

**2. Intervention/Intervention de crise :** *Répondre par des interventions appropriées aux personnes en situation de crise ou présentant un comportement suicidaire. Il peut s'agir d'un :*

- Soutien direct à la personne qui court un risque imminent de suicide ou qui a fait une tentative de suicide
- Suivi continu et cohérent de la personne après la gestion du risque imminent
- Soutien indirect, par l'intermédiaire d'autres personnes, pour assurer la sécurité de la personne

**3. Postvention :** *Actions appropriées et utiles après un décès par suicide dans le but de réduire les effets négatifs et le risque élevé pour d'autres personnes, par exemple :*

- Soutenir les personnes endeuillées (famille, amis, pairs) pour qu'elles puissent faire face à la perte
- Soutenir les professionnels jouant un rôle dans la réponse au suicide pour qu'ils puissent faire face à leurs propres sentiments et au stress

*Actions connexes :*

- Réduire le risque de comportement suicidaire par imitation dans la communauté affectée
- Formuler les leçons à tirer par l'équipe d'intervention et évaluer si certaines choses pourraient ou devraient être mieux faites ou différemment à l'avenir.

### **Liens avec les systèmes et services nationaux**

Le HCR encourage et facilite activement l'intégration des réfugiés dans les services nationaux. Il en va de même pour la prévention du suicide. Il est donc primordial de :

- Connaître les politiques et stratégies en vigueur
- Promouvoir l'intégration des réfugiés dans les services existants
- Travailler en collaboration avec les acteurs locaux et nationaux pour renforcer les services

Compte tenu de l'absence d'actions nationales de prévention et de réduction des risques de suicide dans de nombreux pays, le HCR peut jouer un rôle de catalyseur en plaidant pour de telles actions et en apportant les ressources et l'expertise disponibles pour garantir une approche coordonnée.

La grande souffrance et la détresse qui accompagnent chaque suicide et les effets perturbateurs qu'un suicide a sur la communauté des réfugiés et les travailleurs humanitaires, constituent des impératifs forts pour que le HCR agisse, à la fois en soutenant les initiatives gouvernementales nationales et en lançant des actions locales concrètes dans les milieux où vivent les réfugiés.

### **Liens avec les communautés**

Conformément à l'accent mis par le HCR sur le travail avec les communautés touchées, il est essentiel, pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de prévention et de réduction des risques de suicide, de travailler en étroite collaboration avec les communautés et de les faire participer à tous les stades du programme.

## Structure

Ce document décrit les actions essentielles que le HCR et ses partenaires doivent entreprendre lorsqu'ils élaborent un plan de prévention du suicide et de réduction des risques parmi les réfugiés et les autres personnes que nous servons. Le document comporte deux parties :

### Première partie :

La première partie décrit les étapes d'un **processus** pour élaborer un plan fonctionnel de prévention du suicide et de réduction des risques dans un contexte de réfugiés :

1. Créer un groupe de travail multisectoriel pour la prévention et la réduction des risques de suicide
2. Recueillir des informations pour mieux comprendre le problème dans le contexte
3. Analyser et synthétiser les informations disponibles
4. Prioriser et sélectionner les interventions et les activités à inclure dans un plan d'action multisectoriel de prévention et de réduction des risques du suicide
5. S'assurer de l'adhésion de tous les partenaires concernés
6. Développer un système de suivi pour le plan d'action

### Deuxième partie :

La deuxième partie contient une **liste de 16 interventions et activités** à prendre en compte lors de l'élaboration d'un plan d'action multisectoriel de prévention et de réduction des risques du suicide :

1. Mettre en œuvre des activités visant à favoriser la participation des communautés à la prévention et la réduction des risques de suicide
2. Sensibilisation au moyen d'une action de proximité à l'échelle de la communauté
3. Promouvoir des compétences d'adaptation saines pour faire face à des situations de détresse
4. Faciliter les activités visant à renforcer la cohésion communautaire et le soutien mutuel
5. Limiter l'accès aux moyens de suicide
6. Promouvoir des soins de santé mentale accessibles
7. Former les personnes-relais sentinelles à identifier les signes avant-coureurs du suicide et à y répondre
8. Plaider en faveur de l'accès aux moyens de subsistance et de l'inclusion socio-économique des réfugiés
9. Former le personnel des hotlines et des standards téléphoniques à répondre aux appels des personnes en détresse
10. Former les premiers intervenants à la planification de la sécurité
11. Former le personnel SMSPS et santé à l'évaluation et à la gestion des comportements suicidaires
12. Élaborer un parcours clair pour savoir qui fait quoi lorsqu'une personne est suicidaire
13. Apporter un soutien aux personnes affectées par le suicide
14. Promouvoir le bien-être du personnel et des bénévoles
15. Élaborer un plan de communication de crise
16. Effectuer un débriefing opérationnel/une évaluation post-incident





# PARTIE 1

---

*Six étapes pour développer un plan d'action pour la prévention et la réduction des risques de suicide dans les contextes de réfugiés*

© HCR/Rocco Nuri

# 1 :

## CRÉER UN GROUPE DE TRAVAIL TECHNIQUE SMSPS MULTISECTORIEL POUR LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES DE SUICIDE

La prévention et la réduction de risques de suicide ne sont pas seulement l'affaire des spécialistes de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS), mais doivent être intégrées dans tous les secteurs et acteurs concernés. La meilleure façon d'y parvenir est de créer un groupe de travail multisectoriel pour la prévention du suicide.

### Que doit faire un groupe de travail pour la prévention du suicide chez les réfugiés ?

L'objectif principal est le suivant :

- Mettre en place un plan de prévention et de réponse au suicide plus efficace dans un contexte spécifique ou au sein d'une population de réfugiés, de demandeurs d'asile et de personnes que nous servons, notamment en établissant un leadership et en encourageant un engagement et des partenariats multisectoriels continus avec des rôles et des responsabilités définis.

Des **termes de référence** spécifiques au contexte (**voir l'encadré 3** pour un exemple de version) doit définir l'étendue du travail et décrire des tâches spécifiques avec des résultats concrets, élaborés en consultation avec les principales acteurs concernés, y compris les populations touchées.

- Partage des connaissances et de l'expérience en matière de prévention du suicide et d'atténuation des risques
- Élaboration et réalisation d'évaluations pour comprendre les aspects contextuels du suicide et de l'automutilation dans la population cible
- Collecte régulière de données ou développement/amélioration des systèmes de surveillance
  - Système fonctionnel pour la déclaration systématique des décès par suicide ou des tentatives de suicide. Dans la mesure du possible, ce système devrait être intégré aux systèmes existants, tels que le système intégré d'information sur la santé des réfugiés (IRHIS) du HCR ou les systèmes gouvernementaux d'information sur la santé
- Cartographie des services et d'aide ou d'assistance existants
- Identification des besoins et des lacunes dans les services de prévention, d'intervention et de postvention du suicide
- Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action de prévention du suicide et d'atténuation des risques spécifique au contexte
- Renforcement de la capacité du personnel humanitaire et des membres de la communauté à mettre en œuvre le plan d'action
- Suivi et évaluation

### Qui devrait faire partie du groupe de travail ?

Il est important d'avoir une composition diversifiée des secteurs concernés, mais il est tout aussi important de ne pas rendre le groupe de travail trop grand, car cela peut rendre les réunions et les processus longs et inefficaces. Le groupe de travail doit être pluridisciplinaire et inclure différents domaines d'expertise par le biais de représentants du HCR et des partenaires (gouvernement et ONG) des secteurs pertinents et des domaines intersectoriels.

- **Santé publique**
- **Protection (y compris la protection des enfants, la protection communautaire et la violence de genre)**
- **SMSPS**
- **Éducation**
- **Opérations ou coordination sur le terrain**
- **Autres, selon le contexte**

La participation active des communautés et de leurs leaders est essentielle. Elle peut se faire de différentes manières :

1. inclure dans le groupe de travail des représentants de la communauté des réfugiés et de la population d'accueil hôte
2. créer des groupes consultatifs communautaires qui peuvent informer et valider les décisions et les plans (voir la section « Mettre en œuvre des activités pour favoriser l'implication des communautés dans la prévention et la réduction de risques de suicide » à la **page 48** pour plus de détails)
3. identifier des groupes d'engagement communautaire (groupes de femmes, clubs sportifs, groupes de bénévoles, groupes et chefs religieux, etc.) pour contribuer à la sensibilisation et à la mise en œuvre des activités. Les groupes communautaires concernés devraient également être inclus dans les initiatives de formation

## ▶ **Quelle doit être la place du groupe de travail dans les structures humanitaires ?**

Il n'y a pas une seule façon de mettre en place un groupe de travail sur la prévention du suicide et sa place précise doit être décidée dans chaque contexte.



Dans certaines opérations nationales, le groupe de travail peut être un sous-groupe thématique du groupe de travail technique en SMSPS. Quelle que soit la configuration :

- Le groupe de travail devrait être relié aux secteurs concernés, tels que la protection et la santé, ainsi qu'au groupe de travail technique pour la SMSPS
- Les spécialistes de la SMSPS du HCR et des agences partenaires devraient jouer un rôle de premier plan dans la mise en place et le co-lead d'un tel groupe de travail, mais ce dernier doit également inclure d'autres personnes



Il est important d'intégrer le travail du groupe de travail sur la prévention et la réduction des risques de suicide chez les réfugiés dans les structures existantes du pays, telles que les organismes provinciaux ou nationaux de prévention du suicide et d'intervention, et de partager les résultats et les expériences avec eux.

### ENCADRÉ 3 :

#### Exemple de termes de référence pour un groupe de travail multisectoriel sur la prévention et la réduction des risques de suicide

##### Contexte :

[Ajouter quelques lignes pour expliquer pourquoi le groupe de travail est nécessaire, par exemple pour répondre à un certain besoin qui a été identifié.]

...  
...  
...

##### Objectif

Ce groupe de travail multisectoriel vise à améliorer l'efficacité de la prévention et de la réduction des risques de suicide pour ... .. [mentionner la population] en ... .. [mentionner le cadre géographique] en établissant un leadership et en encourageant un engagement et des partenariats multisectoriels continus avec des rôles et des responsabilités définis.

##### Activités

1. Réaliser des évaluations (et analyser les résultats) sur le comportement suicidaire et ses facteurs dans la population et le milieu cibles
2. Examiner et améliorer la collecte de données sur le suicide et les systèmes de surveillance
3. Faciliter l'intégration de la prévention et de la réduction des risques de suicide dans le travail des différents secteurs partageant l'information lors des autres réunions de coordination sectorielle (par exemple, en faisant du travail du groupe de travail un point permanent de l'ordre du jour de ces réunions)
4. Examiner les défis et les lacunes en matière de ressources et d'outils pour lutter contre le suicide

*- Examen conjoint et mise en contexte des outils et protocoles de prévention et d'intervention en matière de suicide*

5. Préparer un plan de travail sur la prévention et la réduction des risques du suicide avec des actions spécifiques, des acteurs principaux, les ressources nécessaires et un calendrier

6. faire le lien avec les décideurs pour l'allocation de fonds aux activités prioritaires de prévention et de réduction des risques du suicide, idéalement dans le cadre des lignes budgétaires des plans sectoriels existants
7. Soutenir la mise en œuvre du plan d'action par :
  - des capacités conjointes de renforcement des capacités autour de la prévention et de la réduction des risques de suicide pour une série d'acteurs au sein des communautés, des acteurs nationaux, des ONG partenaires et des agences des Nations unies
  - la mise en place de voies de référencement fonctionnels
8. Soutenir la communication et l'engagement de la communauté autour de la prévention du suicide
9. Rendre compte périodiquement (tous les X mois) des réalisations, des défis et des recommandations.

##### Adhésion

La composition du groupe de travail doit refléter les différents secteurs (santé, protection, spécialistes SMSPS). L'adhésion est ouverte aux acteurs de ... .. [ajouter les secteurs et les lieux]. Le groupe de travail est co-leadé par deux personnes issues de secteurs ou d'organisations différents.

##### Durée de vie du groupe

Il s'agit d'un groupe axé sur les tâches qui doit être limité dans le temps et ne pas remplacer les mécanismes de coordination sectoriels et intersectoriels existants. Un bilan des activités du groupe doit être effectué après x mois.

##### Rapports

Le groupe fera part de ses conclusions à .... et demandera l'approbation de ses recommandations. (énumérer ici, par exemple : cadres dirigeants, groupe de travail technique de la SMSPS, groupe de travail sur la protection, groupe de travail sur la santé).



## 2 :

## RECUEILLIR DES INFORMATIONS POUR MIEUX COMPRENDRE LE PROBLÈME DANS LE CONTEXTE

*Cette section est harmonisée avec la section sur l'évaluation de la note d'orientation de l'IASC « [Lutte contre le suicide dans les situations humanitaires](#) » (2022). Une version actualisée sera incluse dans la prochaine révision de la boîte à outils OMS/HCR pour les situations humanitaires : évaluer les besoins et les ressources en matière de santé mentale et de services psychosociaux.*

Une analyse/évaluation rapide de la situation se concentre sur la collecte des informations essentielles nécessaires à la planification des prochaines étapes. Elle ne doit pas être exhaustive et peut généralement être réalisée en quelques semaines. Elle doit tenir compte de l'âge, du genre et de la diversité de la population.

**Les analyses de situation ou les évaluations rapides se concentrent généralement sur les points suivants :**

- comprendre le contexte national (par exemple, les cadres juridiques et les exigences correspondantes en matière d'établissement de rapports, les plans nationaux)
- comprendre les perceptions, les expériences et les attitudes de la population cible à propos du suicide
- documenter les capacités et les ressources au sein des communautés concernées, ainsi que les services existants en matière de santé, de santé mentale et de soutien psychosocial, ainsi que de protection
- recueillir les perceptions de la communauté et du personnel concernant les lacunes et les possibilités de la programmation actuelle

Une analyse situationnelle consiste généralement en de multiples méthodes (qui peuvent être appliquées par différentes personnes et organisations) utilisant divers outils pour obtenir des données à partir d'une variété de sources et pour explorer la question sous différents angles.


Avant de commencer une nouvelle évaluation, il convient de déterminer si d'autres évaluations contiennent des informations sur le suicide et l'automutilation et d'utiliser ces informations existantes avant de collecter de nouvelles informations.

Les méthodes, outils et questions énumérés ici peuvent être utilisés pour une analyse/évaluation situationnelle spécifique à la prévention du suicide ou peuvent faire partie d'une évaluation plus large et plus générale de la SMSPS.

Le personnel et les bénévoles qui recueillent des données de SMSPS auprès des populations touchées doivent savoir comment respecter les principes éthiques et les recommandations en matière de sécurité, utiliser des techniques d'entretien de base efficaces et mettre en œuvre des techniques de soutien psychosocial de base (y compris l'orientation et les premiers secours psychologiques).

Une coordination est nécessaire avec les acteurs concernés et les groupes concernés (par exemple, les groupes de travail techniques de la SMSPS, les groupes de travail spécifiques ou les groupes de travail) pour garantir la collaboration à des activités de prévention du suicide cohérentes et efficaces. Une fois achevés, les résultats de l'évaluation doivent être documentés, rassemblés, examinés, validés et partagés avec toutes les acteurs concernés concernées, y compris les communautés concernées.

**Tableau 4 :** Éléments pouvant être inclus dans une analyse de situation/évaluation rapide du suicide.

Questions d'évaluation	Méthodes de collecte d'informations	Principaux éléments à prendre en compte
<div style="display: flex; align-items: center;">  <span>Cadres politiques et juridiques et stratégies</span> </div>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le cadre juridique du pays en matière de suicide et de déclaration obligatoire ?</li> <li>• Existe-t-il une stratégie ou un plan national spécifique pour la prévention du suicide ?</li> <li>• La prévention du suicide est-elle mentionnée dans d'autres plans pertinents existants, tels que ceux relatifs à la santé mentale, à l'alcool ou aux maladies non transmissibles ?</li> <li>• Les populations touchées par les urgences humanitaires sont-elles incluses dans ces plans ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussions et entretiens avec des informateurs clés (par exemple, avec le gouvernement, les agences des Nations unies, les GTT de la SMSPS).</li> <li>• Recherche documentaire et examen des plans ou stratégies nationaux.</li> <li>• Voir les liens de l'OMS vers les <a href="#">stratégies nationales</a> et la <a href="#">MindBank de l'OMS</a>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le statut juridique du comportement suicidaire et quelles sont les conséquences juridiques pour les individus et/ou les familles (par exemple, les condamnations judiciaires) ?</li> <li>• Le cas échéant, quelle est la portée de la dépenalisation du suicide, des tentatives de suicide et d'autres actes d'automutilation ?</li> <li>• Quelles sont les lois nationales concernant la déclaration obligatoire et l'hospitalisation psychiatrique (par exemple, des personnes exprimant des intentions suicidaires aiguës) ?</li> <li>• Existe-t-il une législation ou une politique pertinente pour la prévention du suicide (par exemple, services de santé mentale, réduction de l'usage nocif des drogues et de l'alcool, emploi, couverture/assurance maladie universelle, services de protection sociale) ?</li> <li>• Quelles sont les activités de prévention du suicide incluses et prioritaires <b>dans les stratégies et plans nationaux</b> ?</li> <li>• S'il n'y a pas de politique gouvernementale : qui a le mandat officiel de traiter la question du suicide et de l'automutilation ? Qui sont les principales acteurs concernés ? Qui pourrait soutenir l'inscription du sujet à l'ordre du jour national ?</li> <li>• Quelles sont les activités nationales de prévention du suicide qui peuvent être utilisées, adaptées ou étendues aux populations touchées par une situation d'urgence ?</li> </ul>





Données disponibles et informations sur les tendances

Les données et autres informations disponibles sur le suicide et l'automutilation, par exemple :

- Nombre de décès par suicide
- Nombre ou gravité des actes d'automutilation (mortels et non mortels)
- Méthodes de suicide et tentatives de suicide
- Données démographiques des individus (par exemple, genre, âge, zone géographique)
- Causes présumées du suicide ou facteurs précipitants
- Soutien et interventions reçus (par exemple, dans le cadre des soins de santé ou dans d'autres contextes)
- Qualité ou fréquence des rapports dans les médias

Certains profils ou groupes de personnes au sein de la communauté sont-ils plus à risque (comme un genre, un groupe d'âge, un groupe ethnique ou des personnes vivant dans des lieux géographiques spécifiques) ?

- Examen et analyse des sources disponibles de données, telles que les systèmes d'information sur la santé, les registres de mortalité, les systèmes de suivi de la protection (ProGresV4), les systèmes de gestion de l'information relatifs à la violence de genre, et les systèmes de protection des enfants.
- Discussions et entretiens avec des membres de la communauté et des prestataires de services (par exemple, prestataires de services de santé mentale, prestataires de services de santé générale formés à la santé mentale, prestataires de services d'aide sociale et de protection).

- Comment et par qui le suicide est-il constaté ? (La constatation d'un suicide est le processus qui consiste à décider si un décès est causé par le suicide. Dans certains contextes, cela doit être fait par des médecins légistes, des professionnels de la santé ou d'autres personnes chargées de cette tâche).
- Tenir compte de la manière dont la confirmation peut se répercuter la déclaration des suicides, la qualité des données disponibles et une éventuelle sous-déclaration (par exemple, liée à la stigmatisation, au cadre juridique).
- Comment et par qui le suicide et l'automutilation sont-ils enregistrés et signalés ?
- Selon quelles variables les données sont-elles ventilées ?
- Calculer des taux (décès ou cas pour 100 000) en plus des nombres absolus afin d'identifier les sous-populations touchées de manière disproportionnée.

Obtenir des données selon :

- a) le contexte (par exemple, national, régions, districts, services hospitaliers, centres de détention, camps de réfugiés, etc.)
- b) les groupes de population (par exemple, population entière et ventilée par sexe, groupes d'âge, groupes ethniques, groupes religieux, statut de réfugié, zone urbaine, zone rurale, statut socio-économique).
- Examiner les données pluriannuelles pour identifier les tendances

- Quelles sont les méthodes les plus couramment utilisées pour se suicider ?
- Les populations touchées sont-elles situées à proximité de points chauds potentiels ?
- Dans quelle mesure les méthodes de suicide les plus courantes sont-elles facilement disponibles ou accessibles aux populations touchées ?

- Entretiens avec des informateurs clés et discussions de groupe.
- Examen des données provenant des systèmes de gestion de l'information existants ou des rapports des systèmes de gestion des données de la SMSPS.

- Existe-t-il des « points chauds » (par exemple, des rivières, des voies ferrées, des ponts ou des immeubles de grande hauteur, associés à des suicides antérieurs) ?



Perceptions de la communauté

- Quelles sont les perceptions de la communauté à l'égard du suicide et de sa prévention, y compris les opinions religieuses ?
- Quels sont les moyens de faire face à un comportement suicidaire et où et comment les personnes cherchent-elles de l'aide ?
- Quels sont les obstacles et les facteurs facilitant la prise en charge des personnes (y compris les sous-populations) ayant des pensées suicidaires et/ou des problèmes de santé mentale (par exemple, la dépression) ?
- Quelles sont les perceptions du personnel national/de la communauté d'accueil concernant le suicide ?
- Quels sont les obstacles (connaissances, attitudes, etc.) à la préparation et à la mise en œuvre d'activités de prévention du suicide ? Quelles pourraient être les solutions pour lever ces obstacles ?

- Analyse documentaire (y compris la littérature des spécialistes des sciences sociales, par exemple les anthropologues).
- Entretiens avec des informateurs clés et discussions de groupe avec des membres de la communauté et des prestataires de services.

- Poser des questions sur les connaissances, les attitudes et la stigmatisation.
- Poser des questions sur les soins de proximité.

Réfléchir soigneusement à la manière d'inviter les participants :

- Membres de la communauté en général.
- Participants sélectionnés avec soin, tels que les personnes-relais sentinelles, le personnel de santé et d'aide sociale, le personnel éducatif, la police, les chefs spirituels, les personnes représentant les groupes à risque, les représentants des médias, les survivants de comportements suicidaires et les membres de la famille de personnes décédées par suicide.

Veiller à ce que la diversité soit prise en considération, car les personnes peuvent avoir des expériences et des points de vue différents :

- Différents groupes ethniques.
- Populations déplacées et communautés d'accueil.
- Populations vulnérables.

Envisager des moyens de s'appuyer sur les ressources et les moyens d'adaptation existants.



## Ressources et soutiens disponibles

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre planifiée ou en cours d'interventions ou de piliers efficaces de prévention du suicide par le gouvernement ou les acteurs humanitaires ? (Voir <a href="#">OMS 2021 LIVE LIFE</a>).</li> <li>• Quels sont les services et aides (formels et non formels) disponibles et accessibles aux personnes présentant un risque de suicide ou aux personnes endeuillées par un suicide (par exemple, services de santé mentale spécialisés, prestataires généraux formés à l'évaluation et à la prise en charge du suicide, tout agent de santé, d'aide sociale ou autre travailleur communautaire formé au soutien psychosocial de base et à la référence vers d'autres services) ?</li> <li>• Quels sont les obstacles rencontrés par le personnel de santé et les professions connexes pour assurer la détection précoce, l'évaluation, la prise en charge et le suivi, ainsi que pour signaler les actes d'automutilation ?</li> <li>• Quelles sont les capacités et les lacunes actuelles en matière de connaissances et de compétences (par exemple, dans les domaines de la santé, de l'aide sociale, de l'éducation, de la justice, des groupes d'utilisateurs de services) en ce qui concerne la réponse au risque de suicide ?</li> <li>• Les prestataires de soins de santé, la police et les autres intervenants en cas d'urgence suicidaire sont-ils formés à la gestion des effets des moyens populaires de suicide (par exemple, l'ingestion de pesticides) ?</li> <li>• Existe-t-il actuellement des initiatives de renforcement des capacités pour l'identification précoce, l'évaluation, la gestion et le suivi, y compris pour les travailleurs locaux, régionaux, éducatifs, de santé et de sécurité ?</li> <li>• Existe-t-il des groupes ou des associations pour les utilisateurs de services et/ou les personnes ayant une expérience vécue et quel soutien leur apportent-ils ?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Répertoires de services.</li> <li>• Cartographie SMSPS 4Ws.</li> <li>• <a href="#">Analyse des lacunes dans le paquet de services minimaux de la SMSPS</a>.</li> <li>• Discussions avec les GTT en SMSPS et d'autres groupes de coordination.</li> <li>• Discussions avec les travailleurs concernés (par exemple, santé, protection, éducation, sécurité/police), les ministères de la santé, de la protection sociale et de l'éducation.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les services (publics et privés) existants (par exemple, dans le secteur de la santé, la communauté et d'autres secteurs pertinents, les lignes d'assistance téléphonique ou les services de protection des adultes et des enfants) et examiner la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services existants et la manière dont ils peuvent être renforcés.</li> <li>• Déterminer les besoins non couverts dans les services disponibles, identifier les problèmes d'accessibilité (y compris pour certains groupes).</li> <li>• Quelles sont les possibilités de renforcement des capacités y compris aux niveaux de la formation initiale, de la formation continue et dans le développement de compétences continu. la formation initiale et professionnelle ainsi que le développement professionnel continu.</li> <li>• Où peut-on renforcer les liens et la référence entre les services et les travailleurs communautaires ?</li> <li>• Quelles sont les acteurs concernés qui mettent déjà en œuvre des activités de prévention du suicide ou qui fournissent des services et qui peuvent jouer un rôle ? (Voir la section sur la collaboration multisectorielle).</li> <li>• Quels sont les acteurs qui mettent déjà en œuvre ou qui ont conçu des supports de formation sur lesquels il est possible de s'appuyer ?</li> </ul> |
|--|--|--|

## Méthodes et outils à utiliser dans le cadre d'une analyse situationnelle ou d'une évaluation rapide

### Entretiens avec des informateurs clés

Les entretiens avec les informateurs clés fournissent des informations sur les aspects essentiels de la vie communautaire et des indications significatives sur l'accès, les risques, les priorités, les vulnérabilités et les capacités au niveau communautaire.

Cette méthode est particulièrement utile pour obtenir des informations plus approfondies après l'obtention d'informations préliminaires et peut offrir un espace plus sûr à certaines personnes pour partager des réflexions qu'elles ne souhaitent pas partager au sein d'un groupe. Pour les entretiens avec les informateurs clés, il est recommandé d'interroger au moins 10 à 15 personnes afin d'obtenir un échantillon suffisamment diversifié. Il peut être nécessaire d'interroger plus de 15 personnes lorsque des entretiens supplémentaires sont susceptibles d'apporter de nouvelles informations pertinentes.

Une erreur fréquente dans les entretiens avec les informateurs clés est de poser trop de questions qui ne sont pas ensuite analysées, rapportées ou utilisées d'une autre manière. Le langage et le vocabulaire utilisés doivent être adaptés en collaboration avec la communauté concernée afin de réduire la stigmatisation et d'éviter l'ostracisme à l'égard des participants.<sup>3</sup>

### Discussion de groupe avec des membres de la communauté<sup>4</sup>

Les discussions de groupe sont un bon moyen d'identifier les opinions de la communauté et les points de vue des différents sous-groupes. Il n'est pas attendu du groupe qu'il parvienne à un consensus, car les évaluateurs recherchent tous les points de vue sur un sujet.

### Enquêtes

Pour bien faire, les enquêtes doivent être soigneusement planifiées et disposer de ressources et d'une expertise suffisantes pour collecter, stocker et analyser les données. Dans la pratique du travail humanitaire, de telles exigences sont difficiles à satisfaire et, en général, nous ne recommandons pas les enquêtes comme outil courant. Les enquêtes font souvent peser une charge inutile sur la communauté et prennent du temps et des efforts précieux au détriment d'autres activités plus constructives pour le personnel.

Une enquête n'est généralement pas nécessaire pour planifier des interventions de prévention du suicide et de réduction des risques. Il existe d'autres moyens plus rentables d'obtenir des données similaires (recherche documentaire, estimations mondiales ou nationales, données qualitatives). Il est possible de poser des questions sur le comportement suicidaire de manière indirecte (en n'invitant pas les gens à exprimer leurs expériences personnelles, mais en leur demandant si le problème se pose dans leur communauté) dans le cadre d'évaluations qualitatives planifiées, telles que les évaluations participatives annuelles. Le groupe de travail multisectoriel pour la prévention et la réduction des risques de suicide peut favoriser une meilleure identification et une réponse mieux coordonnée en encourageant les agences qui procèdent régulièrement à des évaluations des besoins à inclure dans leurs activités d'évaluation habituelles des questions sur les comportements suicidaires qui tiennent compte de l'âge et du genre et qui sont culturellement pertinentes. Les données peuvent également être obtenues par l'intermédiaire de questionnaires sur la santé mentale, utilisés dans les enquêtes générales, tels que le [Patient Health Questionnaire-9](#), qui contient une question sur les pensées suicidaires.

Voir également [Boîte à outils d'évaluation 2012 de l'OMS et du HCR, section 3.3. Collecte de données qualitatives et quantitatives](#).

<sup>3</sup> Adapté du groupe de référence de l'IASC (2012). [Guide d'évaluation de la SMSPS](#) page 5-6.

<sup>4</sup> Adapté de l'OMS (2018) [Prévenir le suicide : une boîte à outils pour l'engagement communautaire](#) (p 37 - 38).

## ENCADRÉ 4 :

### Considérations pratiques et éthiques concernant les discussions de groupe et les entretiens avec des informateurs clés

- Expliquer l'objectif de la discussion ou de l'entretien (par exemple, l'inquiétude suscitée par les personnes qui mettent fin à leurs jours et les moyens de les prévenir).
- Obtenir le consentement éclairé avant de mener la session (voir le modèle dans l'**encadré 5** ci-dessous).
- Garantir l'anonymat et la confidentialité des données collectées. En présence d'un interprète ou d'un preneur de notes, le HCR doit obtenir un accord écrit pour que les données à caractère personnel restent confidentielles. Voici quelques éléments clés à prendre en compte, conformément au document de [2018 Orientations sur la protection des données à caractère personnel des personnes relevant de la compétence du HCR](#) :
  - **Anonymisation** : L'objectif et la caractéristique de l'anonymisation sont qu'un ensemble de données à caractère personnel a été modifié de manière irréversible de telle sorte que la personne concernée n'est plus identifiable.
  - **Confidentialité** : Le devoir de confidentialité s'étend à toutes les communications avec les personnes relevant de la compétence du HCR et à toutes les données fournies par elles ou obtenues en leur nom par le personnel et les partenaires dans le cadre des activités du HCR.
- Interroger les personnes dans un lieu sûr, pratique et adapté à leurs besoins.
- Choisir les participants de manière stratégique, afin de répondre à vos besoins d'information.
- Prendre des mesures pour s'assurer que les participants ne s'attirent pas d'ennuis en participant aux entretiens (par exemple, en étant stigmatisés ou rejetés par d'autres membres de la communauté).
- Prévoir ce qu'il faut faire si un participant est très perturbé au cours de l'entretien. Veiller à ce qu'un accord soit conclu sur la manière de faire face à une telle situation (par exemple, s'arranger à l'avance avec un partenaire qui peut fournir des premiers secours psychologiques ou un autre soutien en cas de crise).



## ENCADRÉ 5 :

### Comment organiser des groupes de discussion sur le suicide et la prévention du suicide

Un groupe de discussion est dirigé par :

- Un modérateur compétent (qui a déjà participé à des discussions de groupe) qui facilite une discussion ouverte et sûre.
- Un interprète issu de la communauté concernée, qui jouera le rôle de co-facilitateur (si nécessaire).
- Un preneur de notes distinct, si cela est possible et si les participants l'acceptent (dans certains contextes, les personnes peuvent être réticentes à parler lorsqu'il y a un preneur de notes apparent).

Le groupe doit commencer par une introduction générale, notamment en expliquant l'objectif de la discussion, en fixant des règles de base (par exemple, s'écouter les uns les autres, répondre aux autres avec respect et sensibilité, respecter la confidentialité) et en obtenant, le cas échéant, un consentement éclairé.

Trois types de questions peuvent aider à orienter la conversation sur la prévention et la réponse au suicide :

1. Questions d'engagement : elles permettent aux participants de se familiariser avec le sujet de discussion et de se mettre à l'aise. Par exemple :
  - Que savent les participants sur le suicide ?
  - Que savent-ils de la prévention du suicide ?
  - Des activités de prévention du suicide ont-elles été mises en place ?
2. Questions approfondies : elles permettent d'aller au cœur de la discussion. Par exemple :
  - Quels sont les services disponibles si quelqu'un a des pensées suicidaires ?
  - Quelles sont les services et infrastructures manquantes à l'heure actuelle ?
  - Quels sont les obstacles à la prévention du suicide au niveau opérationnel ?
  - Quels sont les facteurs culturels et contextuels qui influencent les comportements de recherche d'aide et la mise en place/disponibilité de services ?
  - Comment la communauté réagit-elle face à une personne qui parle de suicide ou tente de se suicider ?
  - Comment la communauté peut-elle aider une personne qui parle de suicide ou qui tente de se suicider ?
  - Quelle est la réaction de la communauté ou des proches lorsqu'une personne est décédée par suicide ou a fait une tentative de suicide ?
  - Quelle est la perception des participants quant à l'efficacité des activités de prévention du suicide pour réduire le nombre de suicides ?
3. Question de clôture : vérifier que rien n'a été oublié au cours de la discussion. Par exemple :
  - Quelqu'un souhaite-t-il ajouter quelque chose ?
  - Y a-t-il d'autres questions ?

Le langage à utiliser dans les questions doit être élaboré en partenariat avec les membres de la communauté. Il est important d'utiliser des termes clairs pour les participants et non stigmatisants. Il est parfois nécessaire d'utiliser des termes descriptifs pour le suicide tels que « mettre fin à sa vie ».



Il est important de sélectionner les participants d'un groupe de discussion de manière à permettre un échange d'opinions ouvert et libre. La sélection

nécessite donc une compréhension du contexte socioculturel des participants et doit s'aligner sur [la politique de 2018 du HCR en matière de responsabilité liée à l'âge, au genre et à la diversité](#). Il est conseillé d'organiser des discussions séparées pour les groupes qui ne pourraient pas s'exprimer librement. Dans de nombreux cas, cela implique des groupes séparés pour les femmes et les hommes, pour les adolescents et les jeunes et pour les personnes âgées, et parfois des discussions séparées pour les groupes qui sont marginalisés et dont la voix peut se perdre dans des groupes mixtes (par exemple, les personnes issues de minorités ethniques, de minorités religieuses, etc.) Voir un exemple [ici](#).

En règle générale, il convient d'organiser au moins deux discussions de groupe avec des personnes ayant le même profil. Le nombre de discussions de groupe dépend de la diversité de la communauté et de la mesure dans laquelle les nouveaux groupes de discussion apportent de nouvelles informations. Si les nouveaux groupes n'apportent pas de nouvelles informations, le point de « saturation des données » a été atteint et il n'est généralement pas utile d'effectuer d'autres groupes.

Pour les discussions de groupe, il est recommandé d'avoir un groupe de 6 à 8 personnes. Il est important que les groupes ne soient pas trop nombreux, car cela pourrait empêcher un libre échange d'idées. Les groupes de discussion sont structurés autour d'une série de questions soigneusement prédéterminées, généralement pas plus de 10, mais la discussion est libre.

En général, une discussion de groupe dure entre une heure et une heure et demie.



## ENCADRÉ 6 :

### Modèle de consentement éclairé (discussion de groupe)

Date (jj/mm/aaaa) :	____/____/____	ID du camp :	
Enquêteur :		Preneurs de notes :	
Traducteur :		Langues :	
<b>DÉTAILS DE LA DISCUSSION EN GROUPE :</b>			
Nom du groupe/description :	_____	Total hommes :	_____
		Total femmes :	_____
Nombre de participants :		Tranche d'âge :	
Heure de début :		Heure de fin :	

Avant le début de la discussion, procédez à la présentation et au processus de consentement éclairé.

#### Accueil, introduction et consentement

Lire : *Bonjour.*

*Je m'appelle \_\_\_\_\_ . Je vous présente notre co-facilitateur, l'interprète (le cas échéant) et le(s) preneur(s) de notes \_\_\_\_\_ .*

*Vous êtes invités ici aujourd'hui en tant que membres de la communauté. Nous collectons des données pour le compte de (inclure tous les noms des partenaires de mise en œuvre et du Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés).*

Nous sommes ici pour obtenir des informations afin de mieux comprendre votre communauté. Plus précisément, nous souhaitons en savoir plus sur un sujet difficile, à savoir les pensées et les comportements des personnes qui envisagent de mettre fin à leur vie (« suicide »).

Nous comprenons que certains sujets sont difficiles à aborder, mais nous espérons que vous nous aiderez à mieux comprendre ces questions au sein de votre communauté, afin que nous puissions contribuer à empêcher que cela ne se reproduise à l'avenir. Nous voulons que la discussion soit détendue, de sorte que vous n'ayez pas besoin d'attendre que nous fassions appel à vous. Nous vous encourageons à répondre directement aux commentaires des autres membres du groupe, mais nous vous demandons de respecter ce que disent les autres. Notre (nos) preneur(s) de notes écrira(ont) pendant notre discussion, afin que nous n'oublions ou ne manquions aucun commentaire. Toutes vos identités et remarques resteront confidentielles. Nous voulons que vous vous exprimiez librement, ouvertement et honnêtement. N'oubliez pas qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, car chacun a ses propres expériences.

Votre participation est volontaire, ce qui signifie que vous êtes libre de ne pas répondre aux questions et que vous pouvez décider de quitter la discussion à tout moment.

Il n'y aura pas de conséquences négatives si vous décidez de ne pas participer, et vous ne recevrez aucun avantage individuel pour votre participation. Toutefois, nous vous serions reconnaissants de participer à cette discussion, car les résultats peuvent être utiles à l'avenir. Nous estimons que cette discussion durera entre une heure et une heure et demie.

Après la discussion, nous analyserons les données de ce groupe et des autres groupes de discussion et nous partagerons les résultats avec vous de la manière suivante : ..... ..

#### Quelqu'un a-t-il des questions ou des préoccupations ?

*Je vais rapidement faire le tour du groupe et vous demander si vous acceptez de participer. Veuillez répondre par oui ou par non.*

REMARQUE : si une personne refuse de participer, laissez-la quitter le groupe avant de poursuivre :

Consentement - Tous Oui  
Nombre de refus : \_\_\_\_ Nombre de consentements : \_\_\_\_

#### Quelques points à aborder avant d'entamer notre discussion :

Pour que notre discussion se déroule dans de bonnes conditions, nous souhaitons discuter avec vous des règles du groupe : (par exemple, logistique, transport, téléphones portables)

1. ...
2. ...
3. ...

## Outil d'évaluation 1 :

### Obtenir des informations sur les perceptions de la communauté, les risques et les tendances en matière de suicide

#### Méthode :

Entretiens avec des informateurs clés (individuels ou collectifs) ou discussions de groupe avec des membres de la communauté.

#### Ressources humaines nécessaires :

Une personne (entretiens) ou deux personnes (discussions de groupe), un interprète (le cas échéant) et un preneur de notes.

Thématique	Exemples de questions
<b>1.</b> Informations contextuelles pertinentes sur les croyances de la communauté, les groupes à risque et les méthodes	
Croyances et perceptions spécifiques à la culture (par exemple, connaissances, attitudes, stigmatisation)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quelle est l'attitude de votre communauté à l'égard du suicide et des mesures prises pour le prévenir ?</li><li>• Lorsqu'un membre de la communauté meurt d'un suicide, comment la communauté réagit-elle ?</li><li>• Quels sont les obstacles potentiels auxquels on peut être confronté lorsqu'on s'engage avec la communauté sur le thème du suicide et de la prévention du suicide ?</li></ul>
Causes perçues et facteurs contributifs	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quels sont, selon vous, les principaux moteurs de la pensée et du comportement suicidaires ?</li><li>• Quels sont, selon vous et d'autres membres de votre communauté, les principaux facteurs qui contribuent au suicide et à l'automutilation dans votre communauté ?</li><li>• Ces facteurs sont-ils considérés comme identiques pour les hommes et les femmes, les jeunes et les personnes âgées ?</li></ul>
Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nous ne souhaitons pas connaître le nom de personnes en particulier, mais de manière générale, existe-t-il des groupes de personnes dans votre communauté qui sont plus exposés au risque de suicide ou d'automutilation (par exemple un genre, un groupe d'âge, un groupe ethnique ou des personnes vivant dans des lieux géographiques spécifiques) ? - Qui d'autre ? ... et qui d'autre ?</li><li>• Selon vous, pourquoi ces groupes sont-ils exposés à un risque plus élevé ? (par exemple, facteurs de stress, facteurs contributifs).</li></ul>
Méthodes/moyens de suicide	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si une personne tente de mettre fin à sa vie, comment procède-t-elle ? Où cela se produit-il habituellement (par exemple, y a-t-il des endroits clés tels que des voies ferrées, des ponts ou des immeubles de grande hauteur, associés à des suicides antérieurs) ?</li></ul>

## 2.

## Modalités de demandes d'aide et appuis/ressources existants

Mécanismes d'adaptation et soutiens et ressources communautaires

- Lorsqu'une personne se sent très angoissée ou désespérée et peut avoir des pensées suicidaires, est-elle susceptible de demander de l'aide (par exemple, à sa famille, à des membres de la communauté, à des prestataires de services) ? Pourquoi ou pourquoi non ? Existe-t-il des obstacles à la recherche ou à l'obtention d'une aide ?
- Comment réagit généralement l'entourage d'une personne suicidaire ? Que disent-ils et que font-ils ?
- Que fait la communauté pour soutenir la personne ?
- Où une personne ayant des pensées suicidaires peut-elle trouver de l'aide ?
- Quels sont les services ou le soutien disponibles pour les familles et les amis endeuillés par un suicide ? (formels et informels)
- Où les personnes endeuillées cherchent-elles de l'aide ?
- Existe-t-il des services ou des aides supplémentaires qui, selon vous, devraient être mis à la disposition des personnes touchées par le suicide ? Si oui, lesquels ?

Activités de prévention du suicide

- Que font les membres de la communauté en ce moment pour prévenir le suicide ? Cette approche fonctionne-t-elle ? Pourquoi ou pourquoi non ?
- La communauté s'efforce-t-elle de réduire l'accès des personnes à risque aux moyens de se suicider ?
- Y a-t-il d'autres mesures qui pourraient être prises dans votre communauté pour prévenir le suicide ?

## Outil d'évaluation 2 :

### *Cartographie des ressources et du soutien disponibles*

#### **Méthode :**

Analyse documentaire, entretiens avec des informateurs clés connaissant les services disponibles (par exemple, personnel gouvernemental, coordinateurs).

#### **Ressources humaines nécessaires :**

Une personne et un interprète (le cas échéant).

Pour planifier et développer les services dans vos opérations, il est important de comprendre quels sont les services actuellement disponibles en termes de santé générale, de santé mentale et de services sociaux. Il est important d'évaluer quels prestataires de services ont été formés pour fournir des soins aux personnes ayant des comportements suicidaires afin de comprendre les points faibles en matière de capacité et les variations de qualité qui peuvent influencer la recherche d'aide auprès de ces prestataires. La meilleure façon de cartographier les services est d'adopter une approche large, car il peut y avoir de nombreux secteurs et prestataires jouant un rôle dans les services qui peuvent bénéficier aux personnes ayant besoin de soins. Il est également important d'enregistrer toutes ces activités afin de pouvoir partager les informations et les pistes d'orientation au sein de votre communauté. En outre, la cartographie de l'offre de services actuelle vous aidera à recenser les manques et besoins non couverts et à planifier stratégiquement le développement de nouveaux services.

## ENCADRÉ 7 :

### Stratégies pour la réalisation d'une cartographie des services

- Utilisez les informations existantes telles que la cartographie des 4W et les répertoires de services.
- Dressez une liste de tous les services de santé et autres qui peuvent être utiles aux personnes souffrant de troubles mentaux – y compris les services de santé générale, les services de santé mentale et les services de protection, y compris l'aide à la protection communautaire. Notez les noms et les coordonnées des personnes qui représentent ces services et qui peuvent répondre aux demandes de services, de consultation et de soutien.
- Demandez à d'autres membres de la communauté de vous aider à compléter les informations si vous n'êtes pas sûr des services existants dans un secteur spécifique.
- Une fois que vous avez dressé la liste de tous les services pertinents, posez des questions (en personne, par téléphone, par courrier ou par courriel) aux prestataires individuels qui représentent ces services – notamment sur les types de soins et de services qu'ils proposent, les types de prestataires qui offrent ces services, les tarifs moyens des services et la manière d'orienter les personnes vers ces services.
- Classez ces services en fonction du type (services de santé ou non), du lieu (centre de santé ou école) et du groupe d'âge ciblé (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées).
- Envisagez une manière graphique d'organiser ces informations pour les rendre faciles à utiliser au niveau de la communauté.
- Mettez régulièrement à jour la cartographie.

Type de service	Localisation des services	À qui s'adressent ces services et qu'est-ce qui est fourni ?	Personne de contact

Type de service	Localisation des services	À qui s'adressent ces services et qu'est-ce qui est proposé ?	Personne de contact

Type de service	Localisation des services	À qui s'adressent ces services et qu'est-ce qui est fourni ?	Personne de contact

### Outil d'évaluation 3 :

#### *Pratiques et capacités actuelles en matière de prévention et de réduction des risques de suicide*

##### **Méthode :**

Entretiens (individuels ou collectifs) avec des informateurs clés, prestataires de services formels et informels (par exemple, travailleurs des secteurs de la santé, de l'aide sociale, de l'éducation, de la justice, groupes d'utilisateurs de services).

##### **Ressources humaines nécessaires :**

Une personne (facilitateur) et un interprète (le cas échéant).

Une fois que vous aurez cartographié les services et les aides, vous souhaitez peut-être vous concentrer plus en profondeur sur des prestataires de services et des aides spécifiques en vue d'activités conjointes potentielles, de renforcement des capacités et de consolidation des réseaux de référencement.





## ENCADRÉ 8 :

### Format pour les entretiens clés avec les prestataires de services

Cadre (par exemple, établissement de santé général) : .....

Lieu : .....

Type de prestataire de services : .....

Date (jj/mm/aa) : .....

Enquêteur : .....

	Exemples de questions
<b>FORMATION PRÉCÉDENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avez-vous déjà reçu une formation dans le cadre de votre éducation initiale ou de votre travail (par exemple, formation en cours de carrière, formation continue) sur la manière d'identifier et de réagir face à des personnes qui expriment des pensées ou des intentions suicidaires ? Ou sur la manière de poser des questions sur les pensées suicidaires lorsqu'une personne exprime sa détresse et son désespoir ?</li> <li>- Si oui, veuillez décrire le contenu de la formation (par ex. types d'interventions).</li> </ul>
<b>CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rencontrez-vous des personnes qui ont des idées suicidaires ou qui ont fait des tentatives de suicide ?</li> <li>Que faites-vous actuellement lorsque vous rencontrez une personne qui exprime des pensées ou des intentions suicidaires ? (par exemple, écouter les points concernant une évaluation plus poussée et les questions, fournir un soutien de base, un contrôle et un suivi) ?</li> <li>Vous sentez-vous à l'aise pour interroger une personne sur sa son comportement suicidaire ? Quels pourraient être les risques ? (certains prestataires croient à tort que le fait de poser des questions sur le suicide provoquera un comportement suicidaire) ?</li> <li>Y a-t-il quelqu'un vers qui vous pouvez vous tourner pour obtenir du soutien lorsque vous avez un patient qui a des pensées ou un comportement suicidaires (par exemple, un superviseur ou un autre prestataire plus expérimenté) ? Si oui, qui ?</li> <li>Référez-vous les personnes ou les mettez vous en lien avec certains services ? en relation avec des services ? Si oui, à quel service/prestataire faites-vous référence ? Quelle est la procédure de référencement (par exemple, une recommandation verbale à la personne, un formulaire officiel d'orientation) ?</li> </ul>
<b>SYSTÈME D'INFORMATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recueillez-vous des données relatives au suicide (par exemple, les idées suicidaires dans le cadre des catégories du système d'information sur la santé, le nombre de suicides ou de tentatives de suicide) ? Comment et à qui ces données sont-elles communiquées et comment sont-elles utilisées ?</li> </ul>
<b>BESOINS PERÇUS EN MATIÈRE DE CAPACITÉS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avez-vous le sentiment de disposer des connaissances et des compétences nécessaires pour répondre à une personne ayant des pensées ou des intentions suicidaires ? Y a-t-il des domaines dans lesquels vous souhaiteriez acquérir davantage de connaissances et de compétences ?</li> </ul>
<b>EXEMPLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pouvez-vous donner un exemple (sans citer de noms ou d'informations spécifiques) d'une personne que vous avez rencontrée dans le cadre de votre travail et qui a exprimé des pensées ou des intentions suicidaires ? Que s'est-il passé ? Ont-ils bénéficié d'un soutien supplémentaire ? Savez-vous comment ils se portent aujourd'hui ?</li> </ul>

## ENCADRÉ 9 :

### Organiser un atelier de planification

Les prochaines étapes sont les suivantes :

1. Analyser toutes les informations collectées et recenser les facteurs contributifs et les moyens potentiels de modifier ces facteurs (décrits en détail à l'étape 3).
2. Identifier les lacunes dans la prestation de services.
3. Formuler et hiérarchiser les actions potentielles (décrites en détail à l'étape 4).
4. Formuler un plan d'action assorti d'un calendrier et de ressources appropriées, avec des rôles/responsabilités définis (décrit en détail à l'étape 4).

Ces étapes peuvent être combinées dans un ou plusieurs *ateliers* de planification avec les membres du groupe de travail, afin de sélectionner les actions susceptibles d'être les plus efficaces et pouvant être mises en œuvre compte tenu des ressources humaines et financières disponibles.

Le lieu et le format de l'atelier de planification doivent tenir compte des restrictions de mobilité et des autres obstacles susceptibles d'empêcher les membres de la communauté de participer. Des ajustements doivent être apportés pour permettre la pleine participation des représentants de la communauté à l'atelier de planification.



Il est important de consacrer suffisamment de temps à cet atelier. En règle générale, nous estimons qu'il faut prévoir au moins un atelier d'une journée (ou deux ateliers d'une demi-journée), car ces discussions ne peuvent pas être menées correctement lors d'une brève réunion d'une ou deux heures.



# 3 :

## ANALYSER ET SYNTHÉTISER LES INFORMATIONS DISPONIBLES

*Toutes les informations recueillies à l'étape 2 doivent être rassemblées (synthétisées) et présentées dans le but de recenser les facteurs qui contribuent au comportement suicidaire dans un contexte spécifique et de définir des moyens potentiels (« idées de changement ») pour modifier ces facteurs. Il s'agit de dresser une liste des facteurs contributifs potentiels. Nous proposons les deux outils suivants pour y parvenir de manière concise.*

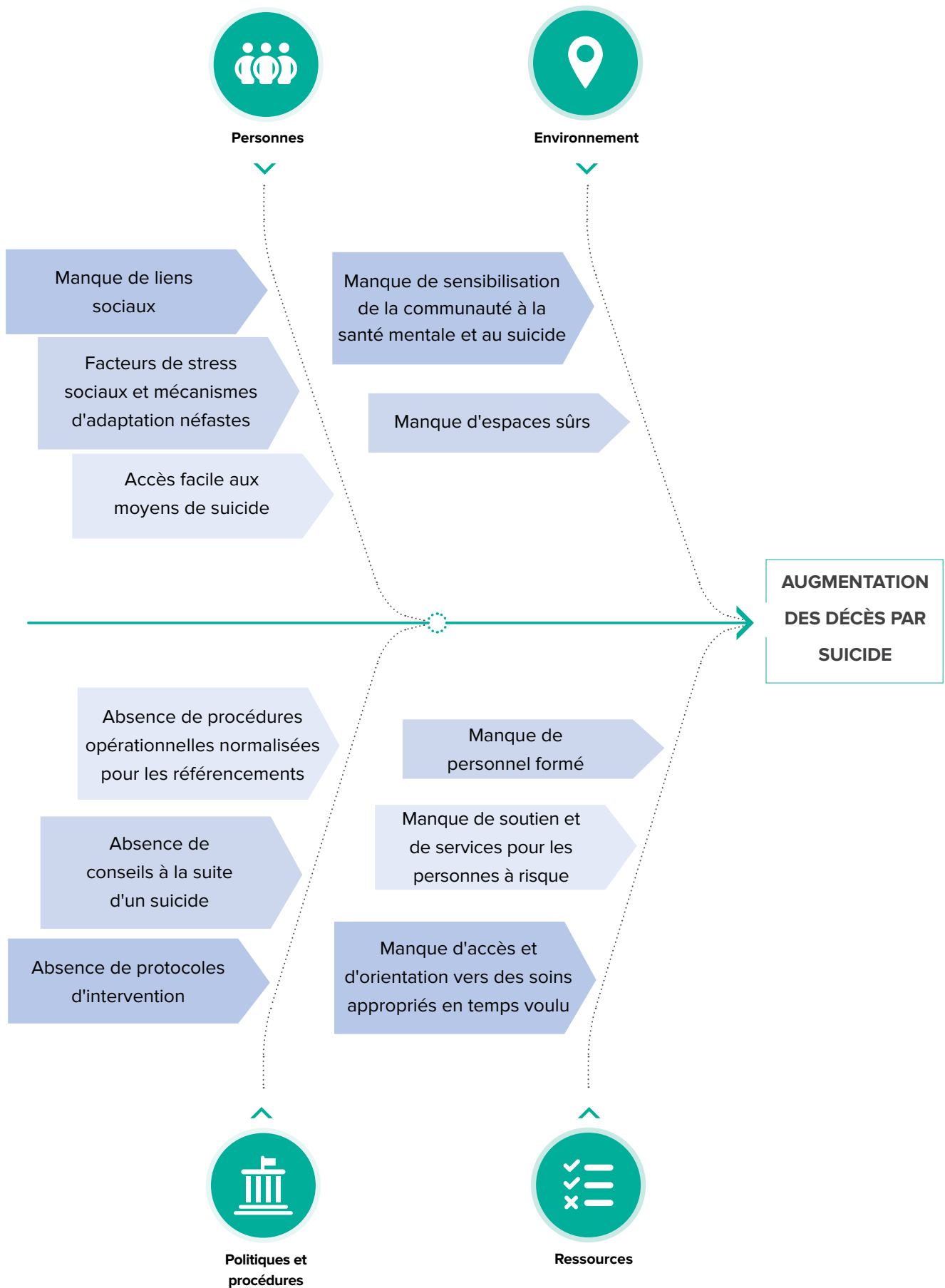
.....

### Le diagramme d'Ishikawa

Le diagramme d'Ishikawa illustré ci-dessous est un outil visuel qui peut être utilisé pour organiser et présenter logiquement les multiples causes qui peuvent contribuer à un événement, un phénomène ou un problème (par exemple, le suicide ou le comportement suicidaire) et la manière dont ces causes s'influencent mutuellement. Sur un tableau-papier ou un tableau blanc, le problème est placé à l'extrémité droite d'une grande flèche et l'animateur inscrit les principales catégories (4 ou 5) de causes sur les branches qui partent de la flèche. Toutes les causes possibles dans chaque catégorie sont ensuite répertoriées dans les branches concernées, étant entendu que toutes ces causes ne seront pas jugées dignes d'une attention particulière. La **figure 1** ci-dessous présente un exemple hypothétique de diagramme d'Ishikawa indiquant les facteurs contribuant à l'augmentation du nombre de décès par suicide observée au sein d'une opération.

Cela peut aider le personnel à identifier des points d'intervention efficaces pour promouvoir avec succès le changement.

Figure 1 : Exemple de diagramme de causes et effets



## Le diagramme de moteur de changement

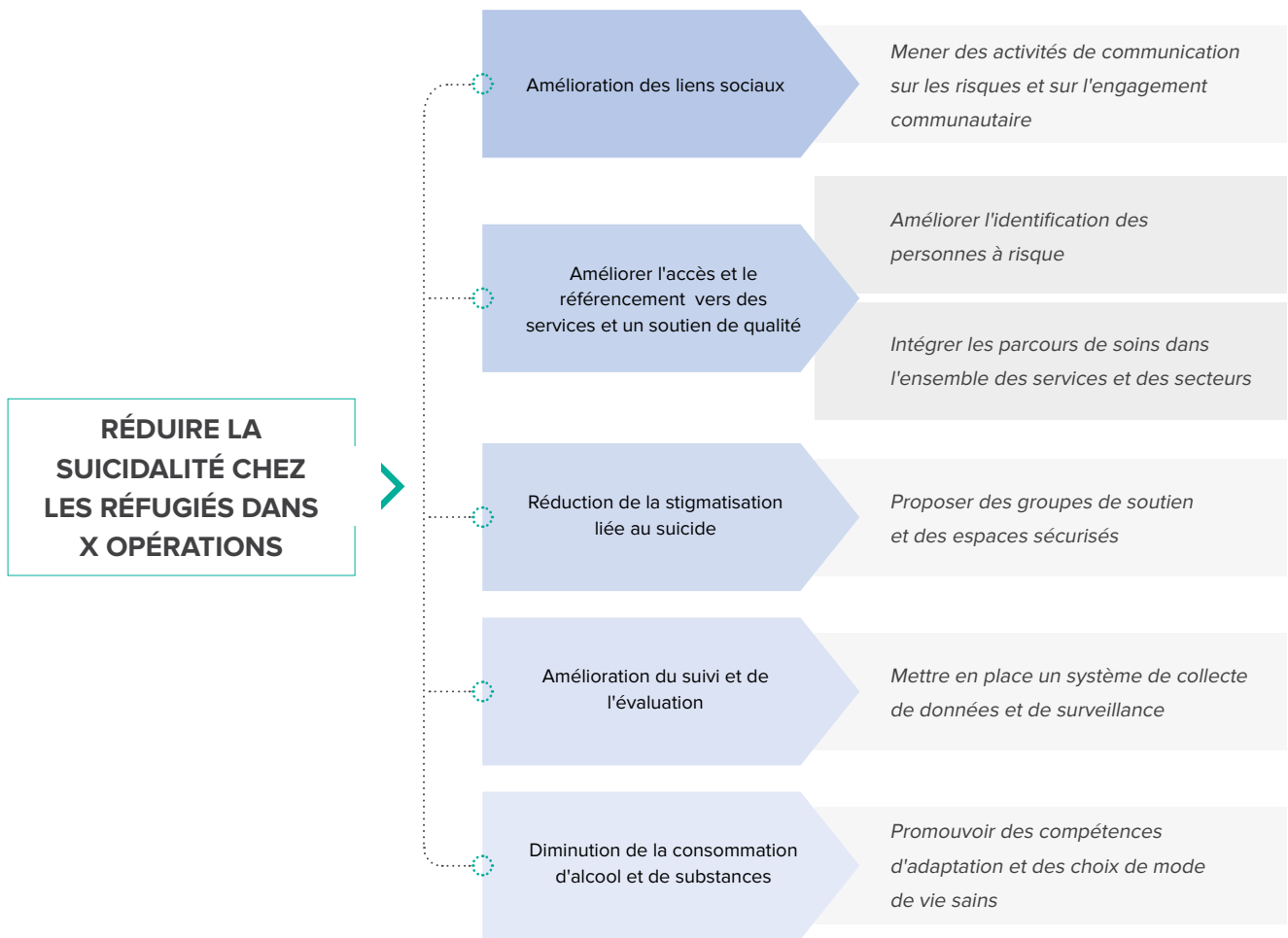
Alors qu'un *diagramme de causes et effets* aide le groupe de travail intersectoriel à formuler ce qui cause un effet (c'est-à-dire ce qui conduit à un comportement suicidaire [voir la **figure 2**] chez les réfugiés dans ce contexte), un *diagramme de moteur de changement* peut servir de représentation visuelle de ce qui « conduit au changement » (c'est-à-dire ce qui peut contribuer à modifier l'intention ou le comportement suicidaire [voir la **figure 3**]). Les facteurs contribuant aux risques de suicide varient selon les contextes, mais l'exemple suivant peut être utile.

### Exemple de modèle pour l'élaboration d'un « diagramme de moteur de changement » :

Dresser la liste des causes/facteurs contributifs auxquels vous vous efforcerez de remédier	Faire changer les idées ou faire évoluer les idées
1. Manque de compréhension du suicide et de la santé mentale au sein de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire la stigmatisation en renforçant la communication sur les risques et le dialogue communautaire sur le suicide et la santé mentale.</li> <li>• Travailler avec les chefs religieux pour réduire la stigmatisation.</li> </ul>
2. Manque d'accès et de référencement vers des soins appropriés en temps voulu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographier les ressources en matière de soins disponibles pour référer les personnes.</li> <li>• Former les premiers intervenants (par exemple, la police de proximité, les agents de santé communautaire et les agents de soins de santé primaires) à l'évaluation, à la gestion et au suivi des comportements suicidaires de manière sensible et thérapeutique.</li> <li>• Former les leaders communautaires et autres personnes-relais sentinelles à devenir des ressources efficaces pour les membres à risque de la communauté.</li> <li>• Promouvoir les services de soutien en cas de crise et les comportements de recherche d'aide.</li> </ul>
3. Accès facile aux moyens de se suicider (par exemple : pesticides, kérosène, corde)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions communautaires pour que l'accès aux pesticides soit limité et plus sûr.</li> <li>• Discuter de la manière dont les membres de la famille peuvent contrôler l'accès au kérosène, aux cordes, aux pesticides, etc., pour les personnes identifiées comme à risque.</li> </ul>
4. Facteurs de stress sociaux et capacités d'adaptation néfastes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer une formation aux compétences psychosociales de base qui comprend un accompagnement à la résolution de problèmes et une psychoéducation sur le remplacement des compétences d'adaptation négatives.</li> <li>• Intégrer les personnes à risque (ou qui ont tenté de le faire) dans la conception des programmes de prévention.</li> </ul>
5. Manque de soutien et de services pour les personnes vulnérables au suicide ou endeuillées par le suicide	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un soutien aux familles endeuillées et aux personnes ayant une expérience de l'automutilation.</li> <li>• Identifier les facteurs de risque et de protection.</li> <li>• Cibler les programmes de prévention sur les groupes vulnérables.</li> <li>• Créer un répertoire de référencement, relier tous les services et programmes locaux et tracer des modalités de référencement.</li> </ul>
6. Normalisation de la violence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir le (ré)apprentissage de compétences, de pratiques, de comportements et de réflexes pacifiques.</li> </ul>
7. Absence de possibilités économiques viables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accès à des moyens de subsistance significatifs et fiables pour les groupes présentant un risque élevé de comportement suicidaire.</li> <li>• Promouvoir l'intégration de la SMSPS dans les interventions relatives aux moyens de subsistance.</li> </ul>



Figure 2 : Exemple de diagramme de moteur de changement





# 4 :

## PRIORISER ET SÉLECTIONNER LES INTERVENTIONS À INCLURE DANS UN PLAN D'ACTION MULTISECTORIEL DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES DE SUICIDE

*Compte tenu des ressources limitées (par exemple, le manque de personnel et de financement) dans la plupart des contextes de réfugiés, il est important d'établir soigneusement les priorités des activités proposées. Le groupe de travail pourrait convenir d'un classement simple.*

Le **tableau 5** présente un exemple de matrice de hiérarchisation, dans laquelle les participants sont invités à classer les activités en fonction de différents critères :

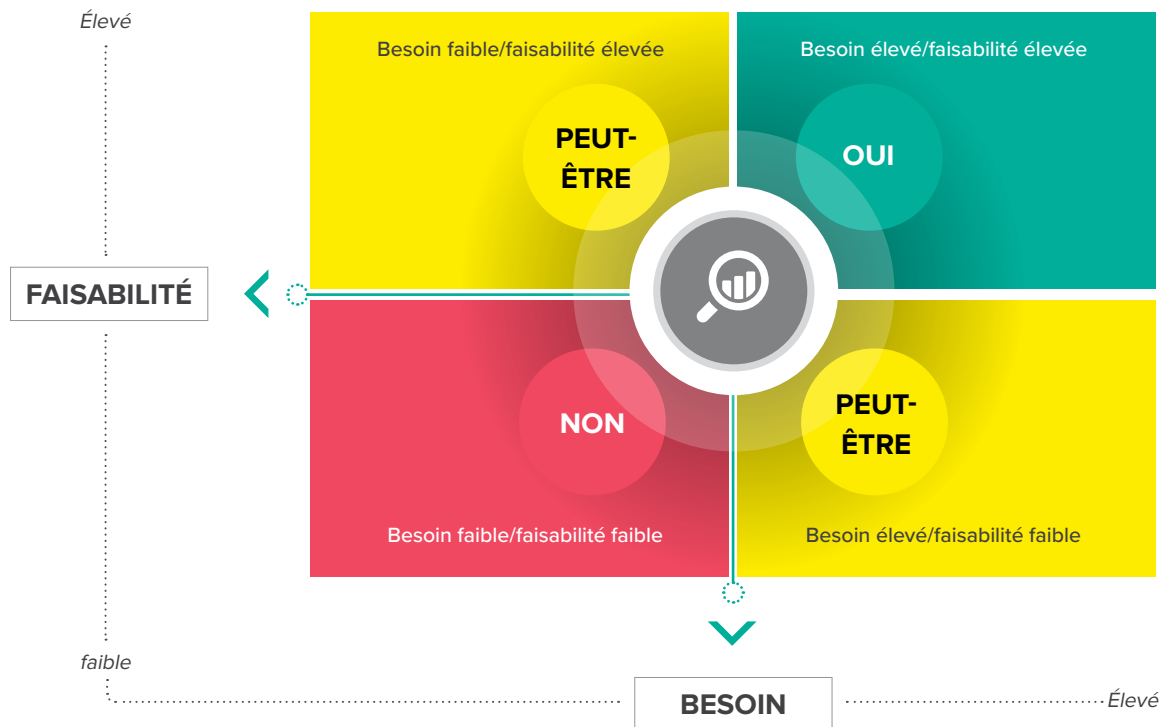
1. Besoin perçu par la communauté : qu'est-ce que les membres de la communauté (par exemple, dans le groupe consultatif et de consultation des acteurs concernés de la communauté, voir **l'outil 1** : Mettre en œuvre des activités visant à favoriser la participation des communautés à la prévention et la réduction des risques de suicide à la **page 48**) considèrent comme les actions les plus importantes ? Les résultats des évaluations réalisées avec les communautés peuvent également servir de base à cette démarche.
2. Besoins perçus par la communauté humanitaire et les acteurs du système national : quelles sont les actions les plus importantes aux yeux de ces professionnels ?
3. Preuves d'efficacité : existe-t-il une expérience d'utilisation de cet outil dans des contextes similaires, quel en a été l'effet ? Quelles sont les conclusions de la recherche ?
4. Faisabilité : comprend les ressources humaines et financières et le calendrier.

**Tableau 5** : Format pour l'établissement des priorités

Activité	Besoins perçus par la communauté	Besoins perçus par les organisations humanitaires	Preuves d'efficacité	Faisabilité : (ressources humaines et financières, calendrier)	Priorité globale (liste dans l'ordre de 1 [le plus élevé] à x [le plus bas])
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

L'accent doit être mis sur le « besoin perçu » et la « faisabilité » lors de la hiérarchisation des activités comme suit :

**Figure 3 :** Exemple de diagramme de besoin perçu et de faisabilité



En général, il est conseillé de sélectionner **au moins une intervention** dans chacune des catégories suivantes :

- 1. Prévention :** Activités dont le résultat escompté est que les personnes ne développent pas de comportement suicidaire et sachent où chercher de l'aide. Ces activités sont généralement menées au niveau de la population (ciblant une communauté ou un sous-groupe au sein de la communauté, y compris les personnes présentant un risque élevé de suicide, comme les adolescents, les personnes souffrant de dépression, etc.)
- 2. Intervention :** Activités visant à aider les personnes ayant développé des pensées ou un comportement suicidaires, dans le but de les aider à maintenir leur sécurité pendant la période de risque accru.
- 3. Postvention :** Activités après un décès par suicide, visant à 1) soutenir les personnes qui ont été touchées par le suicide ou qui ont été en contact avec la personne décédée par suicide ; 2) réduire les risques de rumeurs et de tensions communautaires accrues et 3) réduire le risque de comportements suicidaires par imitation ; 4) apprendre ce qui pourrait être mieux fait.

## Formuler un plan d'action assorti d'un calendrier et de ressources appropriées

Une fois les actions clés classées par ordre de priorité, le groupe de travail peut commencer à élaborer un plan d'action. Ce plan doit prévoir une répartition claire des tâches et assigner les responsabilités en fonction des ressources et de l'expertise disponibles. Il est important de tenir compte des ressources nécessaires, de leur disponibilité et de leur coût.



Gardez à l'esprit les questions suivantes lors de l'élaboration du plan d'action :

- Qui doit participer à la planification, à la mise en œuvre, à l'évaluation et à la promotion des actions ?
- Quelles sont les ressources humaines disponibles ? Ont-ils les capacités suffisantes (temps, connaissances, etc.) pour assumer ces activités supplémentaires et, si ce n'est pas le cas, que faut-il faire pour créer ces capacités ?
- Quelles sont les activités qui pourraient être dirigées ou facilitées par des membres de la communauté (comment devraient-ils être formés et supervisés) ?
- Quel est le montant du financement nécessaire à la mise en œuvre ?
- Existe-t-il un besoin d'espace physique commun (par exemple, un centre communautaire, un espace public) ?
- Est-il nécessaire de disposer d'un espace confidentiel pour les interventions thérapeutiques et certaines activités de postvention ?
- Certaines ressources peuvent-elles être utilisées gratuitement ?
- Existe-t-il un programme gouvernemental auquel il est possible d'accéder ?
- Quels sont les secteurs et les organisations à associer ?
- Quel est le calendrier des activités ? Existe-t-il un moment idéal pour mettre en œuvre les activités ?

## Modèle de plan d'action

<b>Classement des priorités</b> (élevé à faible)	<b>Activité</b> (Quelles activités seront nécessaires pour atteindre l'objectif ?)	<b>Résultat souhaité</b> (Quel sera l'objectif de chaque activité ?)	<b>Ressources nécessaires</b> (Espace / Équipement / Matériel/Fonds/ RH)	<b>Responsable</b> (Personne ou organisation)	<b>Date de début</b>	<b>Date de fin</b>	<b>Notes</b> (Autres secteurs à associer)
<b>Objectif 1 : [REPLIR L'OBJECTIF ICI]</b>							
	.....						
	.....						
	.....						
<b>Objectif 2 :</b>							
	.....						
	.....						
	.....						
<b>Objectif 3 :</b>							
	.....						
	.....						
	.....						
<b>Objectif 4 :</b>							
	.....						
	.....						
	.....						



© HCR/Will Swanson

## 5 : S'ASSURER DE L'ADHÉSION DE TOUS LES PARTENAIRES CONCERNÉS

*Avant de lancer les actions qui ont été classées par ordre de priorité à l'étape 4, il est important de s'assurer que les principaux partenaires de l'action humanitaire comprennent bien les problèmes, approuvent le plan d'action et connaissent leur rôle dans les activités prévues.*

Cela peut se faire en organisant des réunions avec les acteurs concernés telles que les hauts responsables du HCR et d'autres agences des Nations unies, les membres du groupe de travail technique de la SMSPS, les partenaires non gouvernementaux, les gouvernements et les représentants des communautés déplacées et des communautés d'accueil. Lors de ces réunions, les résultats de l'analyse de la situation peuvent être présentés, suivis d'une description des actions proposées et d'une discussion sur ce qui est prévu, sur les avis et les suggestions des acteurs concernés concernant le plan et sur des idées pratiques sur la manière dont chacun peut contribuer à ce plan.



L'objectif de ces réunions est de favoriser une bonne compréhension et l'adhésion des principaux décideurs, et d'adapter les plans si nécessaire en fonction de leur feedback.

## 6 :

# ÉLABORER UN SYSTÈME DE SUIVI POUR LE PLAN DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES DE SUICIDE

*Une fois qu'un plan d'action a été élaboré et que les actions sont mises en œuvre, il est important de vérifier les progrès réalisés par rapport au plan d'action et au calendrier, de s'adapter aux changements au bon moment, de changer d'orientation, d'adapter le plan d'action si nécessaire et de documenter les difficultés rencontrées et ce que nous avons appris.*

Si la mise en œuvre des activités demande beaucoup d'efforts, le suivi et l'évaluation devraient idéalement être intégrés au plan de prévention et de réduction des risques de suicide tout au long des phases de développement. Il est important de déterminer ce qui fonctionne réellement, si cela aide, ce qui les dérange ou les gêne, pour qui est-ce le plus approprié et le plus utile, et si cela peut être adapté pour être utilisé par d'autres communautés.

Le suivi est important pour les efforts opérationnels pour les raisons suivantes :

- Le suivi continu permet au groupe de travail d'évaluer l'avancement du plan d'action et de déterminer si des ajustements et des changements sont nécessaires en cours de route.
- Les enseignements tirés permettent d'éclairer d'autres efforts de prévention du suicide dans la même opération ou dans d'autres.
- Les systèmes de surveillance documentent les changements quantitatifs dans les tendances générales du nombre de suicides et de tentatives de suicide.

## **Mettre en place des systèmes de collecte pour la données, pour la surveillance et pour le partage des informations**

Le manque de connaissances sur le suicide dans les contextes humanitaires est en partie dû à l'insuffisance des systèmes de surveillance et de partage et dissémination des données sur le suicide et les comportements suicidaires. Des systèmes fonctionnels de surveillance et de déclaration des suicides permettent de mesurer l'ampleur du problème, d'obtenir des informations sur les caractéristiques démographiques, telles que l'âge et le sexe, et les méthodes utilisées par les personnes décédées par suicide ou ayant fait une tentative de suicide, et de donner des informations sur les tendances du suicide au fil du temps. Ces informations sont essentielles à l'élaboration de plans ciblés de prévention et de réduction des risques de suicide, ainsi qu'à l'identification des tendances en matière de comportements suicidaires.

La collecte et la compilation de données précises sur le suicide et les tentatives de suicide constituent un défi majeur dans la plupart des pays. Quelques mesures simples, appliquées de manière cohérente, permettent d'améliorer considérablement la qualité et l'exhaustivité des informations.



Eléments clés lors de la mise en place d'un système de signalement des cas de mortalité par suicide :

- Des critères cohérents et des définitions opérationnelles claires pour le suicide et les comportements suicidaires (voir les définitions du [système intégré d'information sur la santé des réfugiés \(IRHIS\)](#) ou des systèmes similaires du ministère de la Santé qui sont souvent basés sur le système de classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS, en distinguant les décès dus au suicide des autres causes de mortalité.
- Pratiques précises de certification des décès.<sup>5</sup>
- Collecte d'informations sur les cas à l'aide d'un formulaire de déclaration standardisé.
- Assurer la protection des données.
- Anonymisation des informations : envisager d'utiliser un numéro d'identification unique pour le dossier – cela garantit que le registre ne contiendra pas d'autres informations permettant d'identifier la personne. Il peut être nécessaire de constituer un dossier distinct qui relie le numéro d'identification du dossier à des données personnelles telles que la date de naissance et l'adresse. Si le système de déclaration n'est utilisé que pour l'analyse des tendances, un numéro d'identification unique n'est pas nécessaire. Si le système de déclaration est également utilisé comme outil de gestion des cas, un numéro d'identification du cas et/ou un numéro d'événement peut être nécessaire.
- Étudier la possibilité d'aligner l'enregistrement des données sur les systèmes officiels d'enregistrement de la mortalité ou sur les systèmes existants de gestion des dossiers, tels que RAIS et ProGres V4, utilisés par le HCR dans le cadre de diverses opérations.

Le remplissage de ce formulaire devrait être suivi d'un débriefing opérationnel ou une évaluation post-incident à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide.. Pour de plus amples informations sur la manière de procéder à un débriefing opérationnel/une évaluation post-incident, voir [page 84](#).



## Exemple de formulaire de déclaration de suicide et de tentative de suicide

<sup>5</sup> Le certificat de décès a pour but de documenter la cause immédiate du décès, qui peut être un événement, un état clinique ou un processus pathologique.





\*Nom et titre de la personne qui a rempli le formulaire : .....

\*Contact (courriel/téléphone) de la personne qui a rédigé le rapport : .....

*Source du rapport	<i>Etablissement de santé</i>	<i>Surveillance des sépultures 24 h/24</i>	<i>Informateurs clés</i>	
	<i>Visite à domicile</i>	<i>Surveillance communautaire</i>	<i>Autre (veuillez préciser) :</i>	
<b>*Numéro d'identification du cas</b>				
*Sexe	<i>Femme</i>	<i>Homme</i>	<i>Inconnu</i>	
<b>*Âge (en années)</b>				
*Statut	<i>Réfugié</i>	<i>Demandeur d'asile</i>	<i>PDI (personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays)</i>	<i>National</i>
<b>*Date de l'incident (jj/mm/aaaa)</b>				
*Type d'incident	<i>Suicide (préssumé)</i>	<i>Suicide (confirmé)</i>	<i>Tentative de suicide (avec intention de mourir)</i>	
*Lieu de l'incident	<i>Établissement de santé</i>	<i>Camp</i>	<i>Autre (veuillez préciser) :</i>	<i>Inconnu</i>
<b>*Méthode utilisée</b>				
<i>Facteurs de risque et/ou déclencheurs possibles</i>	<i>Consommation d'alcool/de substances</i>	<i>Accès aux moyens (armes à feu, pesticides, etc.)</i>	<i>Antécédents familiaux (de suicide, de tentatives ou de troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation)</i>	<i>Troubles mentaux actuels/passés (veuillez préciser)</i>
	<i>Comportement suicidaire antérieur (antécédents de tentatives de suicide ou de comportement d'automutilation)</i>	<i>Changement dans le traitement SMSPS (sortie de l'hôpital psychiatrique, changement de prestataire ou de traitement)</i>	<i>Isolement social/ manque de soutien social</i>	<i>Perte récente d'une relation ou décès d'un proche</i>
	<i>Pertes financières/dettes</i>	<i>Différend familial/ conflit social</i>	<i>Violence sexuelle ou de genre</i>	<i>Rejet du statut de réfugié ou de la demande de réinstallation</i>
	<i>Nouvelle maladie ou aggravation d'une maladie</i>	<i>Autre (veuillez préciser)</i>	<i>Aucun facteur de risque connu ou déclencheur possible</i>	<i>Inconnu</i>
<i>La personne a-t-elle évoqué des idées suicidaires ou des menaces avant son décès ?</i>	<i>Non</i>	<i>Oui (veuillez préciser)</i>	<i>Inconnu</i>	
<i>Une lettre de suicide a-t-elle été trouvée sur les lieux ?</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Inconnu</i>	



# PARTIE 2

---


*Un menu d'activités d'intervention potentielles pour  
la prévention et la réduction des risques de suicide*




















© HCR/Rocco Nuri

*La deuxième partie de cette boîte à outils consiste en une série d'activités qui peuvent être envisagées par le groupe de travail. Il est peu probable que toutes les interventions puissent être mises en œuvre dans un seul cadre, mais il est important de choisir un ensemble d'activités qui couvrent conjointement tout le spectre de la prévention, de l'intervention en cas de crise et de la postvention (voir le **tableau 6**).*

**Tableau 6 : Tableau des activités potentielles**

 = l'activité est pertinente pour cet objectif

 = l'activité est très pertinente pour cet objectif

Activités potentielles	Prévention	Intervention en cas de crise	Postvention
1. Mettre en œuvre des activités visant à favoriser la participation des communautés à la prévention du suicide et à la réduction des risques			
2. Sensibiliser par des campagnes de masse			
3. Promouvoir des compétences d'adaptation saines pour faire face aux situations de détresse			
4. Faciliter les activités visant à renforcer la cohésion de la communauté et le soutien mutuel			
5. Limiter l'accès aux moyens de suicide			
6. Promouvoir des soins de santé mentale accessibles			
7. Former les personnes-relais sentinelles à identifier les signes avant-coureurs du suicide et à y répondre			
8. Plaider en faveur de l'accès aux moyens de subsistance et de l'inclusion socio-économique des réfugiés			
9. Former le personnel des lignes d'assistance et des standards téléphoniques à répondre aux appels des personnes en détresse			
10. Former les premiers intervenants à la planification de la sécurité			
11. Former le personnel (SMS/SPS et santé) à l'évaluation et à la prise en charge des comportements suicidaires			
12. Élaborer un parcours clair pour savoir qui fait quoi lorsqu'une personne est suicidaire			
13. Apporter un soutien aux personnes affectées par le suicide			
14. Promouvoir le bien-être du personnel et des bénévoles			
15. Élaborer un plan de communication de crise à utiliser après des incidents de suicide			
16. Procéder à un débriefing opérationnel après les incidents suicidaires			

# 1 :

## METTRE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS VISANT À FAVORISER LA PARTICIPATION DES COMMUNAUTÉS À LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES DE SUICIDE

*Il est important de travailler avec les communautés pour les sensibiliser, traiter les facteurs de risque de suicide, promouvoir l'identification précoce des personnes à risque, réduire la stigmatisation, promouvoir les comportements de recherche d'aide et favoriser un soutien plus efficace aux personnes qui ont fait une tentative de suicide et aux membres de la famille endeuillés.*

Un véritable engagement des membres de la communauté dans des activités de prévention et de réduction des risques de suicide n'est pas seulement une « activité à cocher », mais nécessite un processus à long terme dans lequel les membres de la communauté jouent un rôle actif dans l'élaboration des activités. Pour ce faire, il est essentiel de créer un système permettant de collaborer étroitement avec les communautés. Il est essentiel de s'engager auprès des leaders de la communauté, en commençant par des consultations informelles avec les « alliés » (par exemple, les leaders potentiellement alignés sur les objectifs), puis avec ceux pour qui le sujet de la suicidalité peut s'avérer plus sensible.

### Consultation des acteurs concernés de la communauté et groupe consultatif

Il est important de travailler avec un éventail de représentants des communautés concernées - qui peuvent être des réfugiés, des demandeurs d'asile, des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et des membres de la communauté d'accueil environnante - et de les associer à la planification de l'action. L'un des moyens d'y parvenir est de former un *groupe consultatif et de consultation des acteurs concernés de la communauté*. Ces groupes devraient être composés d'environ 10 à 15 membres possédant différents domaines d'expertise et représentant différentes perspectives au sein de la communauté.

Lors de la création d'un tel groupe, il convient de rechercher des personnes qui :

- Pourraient lever les obstacles dans la communauté liés aux programmes de prévention et de réduction des risques de suicide et pourraient aider à mobiliser les ressources dans leur communauté.
- Pourraient être associés plus longtemps lors de la mise en œuvre et de la poursuite des activités.
- Ont participé par le passé à des activités de prévention et de réduction des risques de suicide.
- Ont une forte motivation pour participer, par exemple parce qu'ils ont été confrontés personnellement au suicide, ou par l'intermédiaire de leur famille ou de leur travail. Il est important d'inclure les personnes ayant une expérience vécue lors de l'élaboration d'initiatives de prévention du suicide.

Pensez par exemple à :

- Des leaders communautaires issus des populations réfugiées et des populations d'accueil environnantes.
- Des personnes ayant une expérience vécue (celles qui ont fait une tentative de suicide et celles qui ont perdu un proche par suicide).
- Des travailleurs communautaires, tels que les agents de santé communautaire, les para-conseillers, les bénévoles de proximité.
- Des représentants de groupes communautaires de femmes, d'adolescents, de jeunes, de personnes âgées ou de personnes handicapées.
- Chefs spirituels et religieux, guérisseurs traditionnels, anciens de la communauté (y compris ceux issus de groupes minoritaires).

- Enseignants et animateurs de jeunesse.
- Personnel de santé.
- Policiers, agents de sécurité, pompiers.



Un exercice de cartographie des acteurs concernés (voir le **tableau 7**) peut aider à obtenir une image plus claire en déterminant les motivations, les compétences et les possibilités des acteurs concernés potentielles de la communauté.

**Tableau 7 :** Grille pour un exercice de cartographie des acteurs communautaires de la prévention et de la réduction des risques de suicide

Partie prenante	Motivation/ raisons de s'engager	Rôle dans la communauté	Réseau dans la communauté et relations avec les groupes cibles	Ressources, compétences, expertise et faiblesses	Coordonnées

## Faciliter un dialogue constructif sur la prévention et la réduction des risques de suicide au sein de la communauté

La suicidalité est un sujet dont il est souvent difficile de parler et, au sein des communautés, le sujet peut être évité ou abordé en termes sensationnels et péjoratifs. Le changement d'attitude dans les communautés commence souvent par la création d'un espace social sûr où les membres de la communauté peuvent s'engager dans des conversations significatives sur la santé mentale et la suicidalité. Cela peut contribuer à réduire la stigmatisation et à encourager les comportements de recherche d'aide. Il existe de nombreuses façons d'encourager ces dialogues constructifs. Voici quelques exemples :

- Animer des ateliers avec de petits groupes de membres de la communauté dans un même lieu pour permettre une plus grande réflexion avec de faibles enjeux. Ces « discussions autour d'un café » ou « discussions à l'heure du thé » peuvent également être utilisées pour inciter les groupes ou les blocs d'habitation à mettre en place leurs propres mécanismes de réduction du risque de suicide et d'identification et de référencement des personnes à risque. Prévoir un atelier interactif d'une ou deux heures pouvant être organisé dans les écoles, les centres communautaires, les lieux de culte, les bibliothèques, les centres pour femmes, les espaces adaptés aux enfants et aux jeunes, les espaces réservés aux mères et aux bébés ou les lieux de travail.
- Utiliser les lieux où les gens se rassemblent (et « attendent ») pour organiser de brèves sessions de sensibilisation et discuter de certaines de leurs préoccupations (par exemple, les agents de santé communautaires, les travailleurs de proximité, les groupes de femmes, les groupes de jeunes, les points d'enregistrement ou de vérification, les sites de distribution et les points de prestation de services).
  - Veiller à ce que les bénévoles et le personnel de ces points de contact soient familiarisés avec les premiers secours psychologiques, les compétences psychosociales de base, l'identification des signes de détresse et les voies de référencement de la SMSPS.
- Organiser un forum communautaire ou une « réunion publique » où toute personne intéressée par la communauté peut se rassembler. Donner un court exposé ou demander à des intervenants invités de donner un court exposé et d'animer ensuite une discussion.
  - Penser à inviter des personnes touchées par le suicide à partager leurs expériences si elles se sentent à l'aise.

- Utiliser des méthodes interactives/créatives pour permettre aux gens de partager leurs points de vue et leurs expériences, par exemple par :
  - L'organisation d'une pièce de théâtre par une troupe suivie d'une discussion avec le public.
  - La projection d'un film sur le sujet dans un centre communautaire ou une école, suivie d'une discussion.
  - L'inclusion de ce thème dans le travail psychosocial communautaire tel que le « [théâtre narratif](#) », ou dans des projets artistiques tels que [Artolution](#).
  - Les écoles : étant donné que le risque de suicide augmente chez les jeunes, des événements tels que la campagne [Why You Matter](#) peuvent avoir une incidence.
- Organiser des réunions avec les acteurs chargés de l'application de la loi (policiers) et les responsables de camps sur les moyens de répondre aux comportements suicidaires et de prévenir la mortalité tout en encourageant la recherche d'aide, en particulier dans les pays où le suicide est considéré comme une infraction pénale. Parler de manière respectueuse des lois nationales et des coutumes locales tout en cherchant un espace dans le cadre de ces lois et coutumes pour aider les personnes qui ont des pensées ou un comportement suicidaires. Insister sur le fait que les attitudes de jugement à l'égard du suicide font qu'il est plus difficile pour les gens de s'ouvrir à leurs sentiments suicidaires et de demander de l'aide. Mentionner que les forces de l'ordre peuvent contribuer à créer un climat dans lequel les personnes en détresse émotionnelle peuvent chercher de l'aide.
- Envisager des réunions de discussion avec les chefs religieux (voir encadré 10).
- Organiser des discussions de groupe sur les médias sociaux, par exemple dans des groupes créés par et pour les réfugiés. Cela nécessite une bonne préparation, d'excellentes compétences en matière de modération et un plan pour répondre aux personnes en détresse, agitées ou perturbatrices.

## ENCADRÉ 10 :

### Engagement des chefs religieux dans la prévention du suicide

La religion est une source importante de soutien pour de nombreuses personnes. Les chefs religieux peuvent exercer une influence importante sur les attitudes à l'égard de la prévention et de la réduction des risques de suicide. De nombreuses religions interdisent fortement le suicide, ce qui peut compliquer la discussion sur le sujet. Certains affirment que les interdits religieux donnent un sens et de l'espoir à la personne suicidaire et, de ce fait, diminuent la probabilité qu'elle adopte un comportement suicidaire. Cependant, les attitudes négatives à l'égard du suicide peuvent également rendre difficile le fait d'évoquer des sentiments suicidaires, ce qui peut créer un sentiment de « piège » ou « d'enfermement » chez les personnes qui ont des pensées suicidaires et accroître leur désespoir et leur solitude. Cela peut empêcher les gens de chercher du soutien et de trouver une aide professionnelle. Compte tenu de leur autorité morale dans de nombreuses communautés, il est donc important d'étudier comment les autorités religieuses peuvent être des alliées dans la prévention et la réduction des risques de suicide.

Il est préférable de commencer par de petits échanges informels avec des chefs religieux de confiance qui sont connus pour être ouverts au dialogue avec les professionnels de la santé mentale, avant d'élargir la discussion. Il peut être utile d'organiser la discussion en plusieurs étapes :

1. mentionner « le problème » (la suicidalité parmi les réfugiés est un problème grave et nous devons chercher des moyens de réduire son incidence),
2. explorer ce que la religion dit sur le suicide et comment les chefs religieux réagissent aux questions liées au suicide,
3. présenter certaines conclusions des programmes de prévention du suicide,
4. discuter des moyens par lesquels les chefs religieux pourraient prendre part aux programmes de prévention et de réduction des risques de suicide.



## 2 :

## SENSIBILISATION AU MOYEN D'UNE ACTION DE PROXIMITÉ À L'ÉCHELLE DE LA COMMUNAUTÉ

*Outre les méthodes plus modestes d'engagement direct des communautés décrites ci-dessus, il est également possible de mettre en place des campagnes de plus grande envergure dans le but d'atteindre un grand nombre de personnes. Ces campagnes de masse doivent être bien préparées et s'appuyer sur une connaissance approfondie de la dynamique et du contexte de la communauté.*

En voici quelques exemples :

- **Radio** : Collaborer avec les stations de radio locales pour planifier des messages courts sur la santé mentale et/ou la suicidalité. Un professionnel de la santé mentale qualifié peut également participer à des discussions ouvertes sur le suicide dans le cadre d'émissions en direct qui peuvent recevoir des appels d'auditeurs (anonymes).
- **Médias sociaux** : Utiliser les plateformes de médias sociaux existantes pour les opérations nationales du HCR, telles que les groupes Facebook ou WhatsApp, pour sensibiliser et diffuser des informations. Il peut s'agir de séances de sensibilisation menées par des groupes dirigés par des réfugiés via Facebook Live.
- **Brochures ou fiches d'information** : Élaborer une brochure ou une fiche d'information contenant des informations sur le suicide et l'automutilation, à distribuer dans les centres d'enregistrement et d'accueil du HCR, les centres de santé, les écoles, les lieux de culte ou d'autres espaces communautaires.
- **Événements ou forums communautaires** : Organiser un forum communautaire ou une « assemblée publique » où toute personne intéressée de la communauté peut se rassembler ou commémorer la Journée mondiale de la prévention du suicide (10 septembre) ou la Journée mondiale de la santé mentale (10 octobre) par une marche aux chandelles, une manifestation sportive, des lectures de poèmes ou tout autre événement engageant.

Lors de la préparation d'une action de sensibilisation à l'échelle de la communauté, il convient de tenir compte des éléments suivants :

- Composer des messages adaptés au contexte communautaire, tenant compte de l'âge, du genre et de la diversité, et reflétant les questions, perceptions, croyances et pratiques clés du public.
- Les informations doivent être disponibles dans les langues et formats appropriés, éviter les termes médicaux ou psychiatriques spécialisés et inclure des messages positifs et porteurs d'espoir.
- Fournir des suggestions concrètes sur la manière dont les personnes peuvent s'aider elles-mêmes ou aider les autres.
- Promouvoir un comportement efficace de recherche d'aide en expliquant ce que les gens peuvent faire et où ils peuvent aller chercher de l'aide, y compris les services de la SMSPS disponibles (en fournissant des numéros de téléphone, des adresses de lieux où les gens peuvent se rendre).
- Rechercher des exemples dans d'autres contextes, y compris dans des contextes non humanitaires, et adapter le matériel en consultation avec les communautés touchées (et le mettre à l'essai avant de le déployer).

- Voir les exemples suivants :
  - [R U OK?](#) (Australie)
  - [113](#) (Pays-Bas)
  - [Stop Suicide](#) (Suisse)
  - [Embrace](#) (Liban)
  - [Amis du monde](#) (Kenya)
- Inclure des exemples de personnes ayant une expérience vécue (personnes ayant survécu à une tentative de suicide ou membres de la famille de personnes décédées par suicide) afin de sensibiliser et d'éclairer les autres sur la manière de surmonter certains défis de la vie.
- Intégrer les messages pertinents dans le matériel de communication d'autres secteurs tels que l'hébergement, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la protection, l'éducation, le cas échéant.
- Inclure les personnes ayant une expérience vécue dans la planification et la co-conception des activités de sensibilisation.
- Mettre en place ou utiliser les mécanismes de retour d'information existants pour s'assurer que les croyances, les préoccupations et les suggestions de la communauté sont entendues.
- Veiller à ce que les campagnes de masse n'absorbent pas une part trop importante des ressources humaines et financières limitées, au détriment du soutien et de l'intervention directs de la communauté.

Voir Working with media : World Health Organization (non daté). [Prévention du suicide : Informations pour les journalistes et autres personnes qui écrivent sur le suicide.](#)

# 3 :

## PROMOUVOIR DES COMPÉTENCES D'ADAPTATION SAINES POUR FAIRE FACE À DES SITUATIONS DE DÉTRESSE

*Le bien-être personnel subjectif et les stratégies d'adaptation positives efficaces protègent contre le suicide. Les modes de vie sains qui favorisent le bien-être mental et physique comprennent l'activité physique, une alimentation nutritive, la prise en considération des effets de l'alcool et des drogues sur la santé, un sommeil adéquat, des liens sociaux et une gestion efficace du stress.*

L'une des principales difficultés réside dans le fait que les réfugiés n'ont que peu de possibilités de choisir un mode de vie sain en raison du contexte dans lequel ils vivent, et que certains d'entre eux peuvent devenir léthargiques ou désespérés. Il est donc important que les interventions visant à promouvoir les aptitudes à la vie quotidienne soient élaborées en étroite collaboration avec les réfugiés afin d'éviter que ces stratégies ne soient perçues comme une « solution pansement » qui leur est imposée.

La formation aux aptitudes à la vie quotidienne devrait idéalement être proposée aux enfants (y compris aux adolescents) dans le cadre d'activités de promotion de la santé ou de protection de l'enfance. Cette formation peut également être utile aux personnes confrontées à des changements de vie ou à des situations difficiles. Les domaines à prendre en considération sont les suivants :

- **Prise de décision**
- **Pensée créative et pensée critique**
- **Communication et compétences interpersonnelles**
- **Conscience de soi, identification de l'aide et empathie**
- **Affirmation de soi**
- **Compassion pour soi**
- **Régulation émotionnelle**
- **Résolution de problèmes**

Cette boîte à outils ne détaille pas la manière de mener une formation aux compétences de la vie courante. Pour plus d'informations, voir les outils et ressources référencés dans la [boîte à outils communautaire mhGAP 2019 de l'OMS](#).

### ENCADRÉ 11 :

#### Comment pouvez-vous promouvoir des compétences d'adaptation et des choix de mode de vie sains ?

- Adopter une attitude et un mode de vie sains et en donner l'exemple aux autres, en particulier sur le lieu de travail.
- Sensibiliser de manière informelle vos amis, votre famille et vos collègues.
- Campagnes de sensibilisation du public.
- Les programmes peuvent être conçus pour promouvoir un changement de comportement (et de culture) dans des environnements opérationnels tels que les établissements de santé, les écoles, les lieux de travail, les bibliothèques, les lieux de culte, les centres pour femmes, les centres pour jeunes ou d'autres centres communautaires. Ces programmes peuvent être axés sur les choix de santé en général ou être spécifiques à une activité (comme faire plus d'exercice ou réduire la consommation d'alcool).

## Favoriser les compétences socio-émotionnelles chez les adolescents et les jeunes déplacés

L'adolescence est une période de développement rapide au cours de laquelle les individus subissent de profonds changements physiques, sociaux et psychologiques. Les adolescents et les jeunes réfugiés sont souvent confrontés aux répercussions de multiples expériences négatives, telles que des expériences de violence dans leur pays d'origine ou pendant la fuite, et des facteurs de stress dans leur vie actuelle. Nombre d'entre eux sont confrontés à des problèmes de pauvreté, au manque de possibilités d'éducation ou d'emploi, à des perspectives limitées de solutions durables, à des niveaux élevés de stress interpersonnel et de conflits dans les familles et les communautés, ainsi qu'à l'inégalité de genre. Ces expériences peuvent exercer une influence durable sur la vie adulte. En outre, l'adolescence est également une période au cours de laquelle de nombreux troubles de la santé mentale peuvent apparaître. Par conséquent, le renforcement des compétences socio-émotionnelles associées à une santé mentale positive est très important pour que les jeunes deviennent des adultes en bonne santé mentale.



[La Boîte à outils de l'OMS pour aider les adolescents à s'épanouir](#) fournit des recommandations fondées sur des données probantes concernant les interventions psychosociales visant à promouvoir la santé mentale, à prévenir les troubles mentaux et à réduire l'automutilation et le suicide chez les adolescents. Les lignes directrices sont conçues pour être diffusées sur différentes plateformes, telles que les écoles, les services de santé ou de protection sociale, la communauté et les médias numériques.

Vous pouvez également consulter [les lignes directrices consolidées de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge pour la santé : Santé et droits en matière de sexualité et de procréation](#), qui comprend des stratégies essentielles pour créer et maintenir un environnement favorable à l'auto-prise en charge des soins.

# 4 :

## FACILITER LES ACTIVITÉS VISANT À RENFORCER LA COHÉSION COMMUNAUTAIRE ET LE SOUTIEN MUTUEL

*Des niveaux élevés de suicidalité peuvent être un indicateur d'un manque de soutien social et de liens sociaux au sein des communautés. La vie dans un contexte de déplacement peut être difficile et les gens peuvent être submergés par des sentiments d'incertitude, de désespoir et d'impuissance.*

Les réfugiés peuvent perdre le sens de « l'action » et développer une attitude profonde de dépendance et de léthargie. Cela peut alimenter de nombreux problèmes sociaux, dont la suicidalité. Le lien social est un important facteur de protection contre le développement de problèmes de santé mentale et de suicidalité.

L'un des éléments clés de la réponse du HCR en matière de protection est d'aider les réfugiés à retrouver un sentiment de contrôle et d'utilité et à se sentir en contact avec les autres autour d'eux. Cet aspect est au cœur des *approches de protection communautaire* visant à renforcer la capacité des membres de la communauté à favoriser leur bien-être psychosocial et celui d'autrui.

Pour améliorer le bien-être et la santé mentale, il est important de soutenir les initiatives communautaires qui renforcent la solidarité et l'attention mutuelles et qui favorisent le sens de « l'action » et la cohésion sociale parmi les réfugiés. Un élément clé de la prévention du suicide est donc la promotion du bien-être de la communauté et la création de réseaux communautaires qui peuvent favoriser des environnements protecteurs, même si ces initiatives ne sont pas explicitement axées sur la prévention du suicide.

Voici quelques exemples d'activités susceptibles de favoriser les liens sociaux et le soutien mutuel :

- Des espaces et des centres communautaires sûrs, qui peuvent servir de lieux d'espoir, de positivité et de lien social, ainsi que d'apprentissage.
- Les initiatives communautaires qui renforcent la solidarité et la cohésion sociale, telles que :
  - Les groupes communautaires qui se réunissent autour d'un intérêt commun et mettent en œuvre des activités pour soutenir leurs communautés.
  - Les activités de nettoyage et d'écologisation de la communauté.
- Le sport comme moyen de protection pour les jeunes peut contribuer à l'amélioration du bien-être psychosocial, de l'inclusion sociale et de la cohésion sociale. (voir la prochaine stratégie sportive du HCR pour 2022).
- Les activités culturelles et récréatives que les gens connaissent bien, en particulier celles qui rassemblent des segments de la communauté de différentes générations.
- Les réseaux de bénévoles, en veillant à la participation des femmes, des jeunes, des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Le financement à petite échelle de projets conçus et dirigés conjointement par les membres de la communauté afin de résoudre les problèmes de protection tout en favorisant la cohésion sociale.
- Les programmes sur les moyens de subsistance.
- Les programmes visant à favoriser des relations pacifiques entre les populations hôtes et déplacées.



© HCR

Ces activités permettent aux réfugiés de s'intégrer davantage dans leur communauté et de nouer des liens avec d'autres personnes, ce qui peut se traduire par un meilleur bien-être mental, social et physique, réduisant ainsi le risque de suicide. Ces activités permettent également aux membres de la communauté de parler plus facilement à d'autres personnes de leurs problèmes personnels et de demander de l'aide en cas de besoin.

Si de telles activités existent, elles constituent des points d'entrée idéaux pour des activités plus ciblées de prévention du suicide telles que celles décrites dans l'**action 7**.



# 5 :

## LIMITER L'ACCÈS AUX MOYENS DE SUICIDE

*La restriction de l'accès aux moyens de suicide s'est avérée efficace dans la prévention du suicide. L'accès direct ou la proximité de moyens (notamment les pesticides, les armes à feu, les cordes, le kérosène, les hauteurs, les voies ferrées, les poisons, les médicaments, les sources de monoxyde de carbone telles que les pots d'échappement des voitures ou le charbon de bois, et d'autres gaz hypoxiques et toxiques) augmentent le risque de suicide.*

La disponibilité et la préférence pour des moyens spécifiques de suicide dépendent également des contextes géographiques et culturels. Il est important de recueillir des informations sur les moyens au cours de l'évaluation et des consultations communautaires. Le groupe de travail peut envisager des options pour s'engager avec les entreprises, les distributeurs et les détaillants afin de réduire l'accès aux moyens (par exemple, réduire la quantité de médicaments ou de pesticides pouvant être achetés au cours d'une certaine période).

Les **pesticides** sont l'un des moyens les plus importants de se suicider, représentant une proportion substantielle de tous les suicides dans le monde. Les pesticides sont particulièrement préoccupants dans les zones rurales des pays à revenu faible ou intermédiaire. Il est important d'impliquer la communauté dans la réduction de l'accès aux pesticides dans les contextes où les suicides sont impulsifs, et d'assurer l'éducation de la communauté, les campagnes de sensibilisation et la formation des détaillants et des utilisateurs de pesticides. Pour de plus amples informations, voir [le guide de l'OMS et de la FAO intitulé Prévention du suicide : une ressource pour les responsables de l'enregistrement et de la réglementation des pesticides](#).

**La consommation d'alcool et de drogues est un facteur de risque de suicide modifiable, particulièrement important pour les jeunes à risque.** L'exposition à un conflit, à une catastrophe, à la maltraitance/négligence ou à d'autres événements potentiellement traumatisants, les blessures physiques ou les problèmes de santé mentale, les nouveaux environnements difficiles (par exemple, les camps de réfugiés), l'ennui et la marginalisation, ainsi que la perte de ressources (par exemple, sociales et/ou financières) et d'aspects essentiels de l'identité peuvent précipiter la consommation de substances comme mécanisme d'adaptation et amplifier les facteurs de risque et les vulnérabilités préexistants. Cela peut également augmenter le risque de suicide. Les communautés peuvent soutenir des environnements sans alcool ni drogue (par exemple, lors d'événements spéciaux tels que des manifestations sportives pour les jeunes) et soutenir des politiques visant à restreindre et à limiter la vente d'alcool.

### ENCADRÉ 12 :

#### Comment obtenir de la personne qu'elle mène sa propre réflexion sur sa consommation de substances psychoactives

1. Raisons de la consommation de substances psychoactives de la personne. (Demander : « Avez-vous déjà réfléchi à la raison pour laquelle vous consommez du/de la [substance] ? »)
2. Ce que la personne perçoit comme les avantages de la consommation de substances psychoactives. (Demander : « Qu'est-ce que le/la [substance] fait pour vous ? Cela vous pose-t-il des problèmes ? »)
3. Ce que la personne perçoit comme les méfaits réels et potentiels de la consommation de substances psychoactives. (Demander : « La consommation de [substance] vous a-t-elle causé du tort ? Pouvez-vous imaginer que cela puisse causer des dommages à l'avenir ? »)
4. Ce qui est le plus important pour la personne. (Demander : « Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans votre vie ? ») « Est-ce que le/la [substance] a des effets négatifs ? »)

# 6 :

## PROMOUVOIR L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE SANTÉ MENTALE

*Il est important de disposer d'un système de soins de santé mentale performant pour les personnes souffrant de troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique et les troubles mentaux graves, afin d'éviter que les personnes qui en ont besoin ne restent sans soins et ne développent des symptômes graves.*

Le HCR a publié des orientations qui décrivent comment soutenir un niveau acceptable de services de santé mentale dans les camps de réfugiés. Pour plus d'informations, voir l'[annexe 2](#) (Feuille technique de la SMSPS, p 42-49). Voir [la stratégie globale de santé publique 2021-2025 du HCR et l'ensemble de services minimaux de la SMSPS](#).

Les principales activités sont les suivantes :

### 1. Intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires

En fonction des capacités du système public de santé mentale, organiser un plan de coopération avec le système public pour intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé primaires.

- Former et superviser le personnel de soins de santé primaires afin d'identifier et de gérer les problèmes de santé mentale prioritaires. Les formations durent généralement de 3 à 5 jours et doivent être suivies d'une supervision de soutien et de formations de remise à niveau.
  - OMS/HCR (2015) : [Guide d'intervention humanitaire du mhGAP](#).
  - OMS/HCR (2022) : [Manuel de formation mhGAP Guide d'intervention humanitaire](#).
- Soutenir l'approvisionnement régulier des centres de santé en médicaments essentiels contre les troubles mentaux.
- Prendre des dispositions pour qu'un professionnel de la santé mentale prenne en charge les personnes souffrant de pathologies complexes et assure la supervision clinique des agents de santé généraux. Selon le contexte, il peut s'agir d'un psychiatre, d'un agent clinique psychiatrique, d'un infirmier psychiatrique ou d'un psychologue clinicien.

### 2. Intégration de la SMSPS dans le travail de santé communautaire

Les agents de santé communautaire constituent un pont entre les communautés et les établissements de santé. La santé mentale doit faire partie de leur curriculum de formation et ils doivent être régulièrement supervisés sur les questions de santé mentale. Dans le cadre de certaines opérations plus spécialisées, les bénévoles de la SMSPS sont formés pour effectuer un travail plus ciblé. Les bénévoles de la communauté peuvent être formés aux premiers secours psychologiques, aux techniques de communication avec les personnes en détresse, à l'identification des signes de détresse et aux voies de référencement de la SMSPS. Ils peuvent partager des conseils et des techniques de gestion du stress avec la communauté par l'intermédiaire de bénévoles, d'activités dans les centres communautaires, de sites Web et de médias sociaux pour les réfugiés, ou orienter les membres de la communauté vers des applications d'aide à l'autonomie.

### 3. Introduire des interventions psychologiques modulables

Les troubles mentaux légers et modérés peuvent être traités efficacement par des interventions psychologiques brèves et modulables (5 à 8 séances) qui peuvent être mises en œuvre par des travailleurs non spécialisés après une brève formation et sous la supervision clinique d'un professionnel de la santé mentale. Il existe plusieurs méthodes de ce type.

Le choix dépend des besoins de la population, des objectifs du programme, des coûts, de la disponibilité du personnel formé et des versions d'intervention adaptées au contexte et à la langue. Les méthodes les plus utilisées sont les suivantes :

- [Thérapie interpersonnelle de groupe \(IPT\) pour la dépression](#). Cette méthode a été développée pour les personnes souffrant de dépression, y compris celles ayant un comportement suicidaire.
- [Gestion des problèmes Plus \(PM+\)](#), qui est largement utilisé et peut être utile, mais qui utilise la suicidalité comme critère d'exclusion pour entrer dans le programme.

Une formation générale aux compétences cliniques de base peut également faire une grande différence dans la perception du soutien parmi les bénéficiaires à risque qui cherchent à se faire soigner. Par exemple, la [plateforme EQUIP \(Ensuring Quality in Psychosocial Support - Garantir la qualité du soutien psychosocial\)](#) met gratuitement à disposition des outils d'évaluation des compétences et des cours d'apprentissage en ligne pour aider les gouvernements, les établissements de formation et les organisations non gouvernementales à former et à superviser le personnel afin qu'il puisse apporter un soutien psychologique efficace aux adultes et aux enfants.

*Établir des voies de référencement vers la SMSPS* en mettant en évidence les services de SMSPS à plusieurs niveaux disponibles. Une attention et une formation particulières doivent être consacrées au fonctionnement des voies de référencement et à leur adaptation aux besoins de la communauté, afin d'éviter que les réfugiés ne soient davantage stigmatisés ou pris dans une « boucle d'orientation » lorsqu'ils tentent d'accéder aux soins. Voir également [le formulaire de référencement inter-agences \(Inter-Agency Referral Form\)](#).

# 7 :

## FORMER LES PERSONNES-RELAIS SENTINELLES À IDENTIFIER LES SIGNES AVANT-COUREURS DU SUICIDE ET À Y RÉPONDRE

*Il est important d'identifier les personnes suicidaires et de répondre de manière adéquate à leurs besoins. De nombreuses personnes suicidaires ne sont pas suivies par un professionnel de la santé mentale, d'où l'importance d'une identification et d'une réponse précoces de la part des membres de la communauté et d'autres personnes.*

Les personnes-relais sentinelles sont des personnes qui, au sein d'une communauté, ont des contacts personnels, formels ou informels, avec un grand nombre de membres de la communauté dans le cadre de leurs activités habituelles et qui jouissent de la confiance de ces derniers. Il peut s'agir de personnes jouant un rôle officiel dans la communauté, comme les leaders communautaires, les bénévoles et le personnel des centres communautaires, des écoles et des établissements de santé, mais aussi de personnes qui ont des contacts informels fréquents avec des personnes présentant un risque élevé de suicide. Les coiffeurs, les barbiers, les sages-femmes communautaires, les membres de groupes religieux informels, les leaders de groupes de jeunes informels et les commerçants en sont des exemples.

Les personnes-relais sentinelles peuvent jouer un rôle important dans la prévention du suicide s'ils sont capables de reconnaître qu'une personne est en détresse ou qu'elle risque de se suicider et s'ils peuvent intervenir pour la mettre en contact avec des ressources. La formation des personnes-relais sentinelles doit être axée sur les compétences et adaptée aux participants et aux contextes spécifiques.

Un atelier destiné aux personnes-relais sentinelles pourrait comprendre les éléments suivants :

1. Comprendre les données de base sur le suicide, y compris les facteurs de risque et de protection (voir **tableau 2** à la **page 11**).
2. Reconnaître les signes d'alerte d'un suicide imminent (voir **tableau 3** à la **page 12**).
3. Apprendre à parler à une personne susceptible d'être suicidaire :

Il est important que les participants à une formation de personnes-relais sentinelles acquièrent la confiance nécessaire pour poser des questions sur les problèmes liés au suicide d'une manière qui soit culturellement appropriée. Il s'agit généralement des éléments suivants :

- **Approcher la personne de manière appropriée, choisir un endroit privé pour parler avec elle et lui laisser suffisamment de temps pour parler de ses préoccupations.**
- **Poser des questions de manière ouverte et sans jugement sur l'état de santé d'une personne et poser des questions d'éclaircissement :**
  - « Comment vous sentez-vous ? »
  - « Comment voyez-vous l'avenir ? »
- **Demander des éclaircissements :**
  - « Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ? »
  - « Que voulez-vous dire par xxx ? »

- **Continuer à poser des questions concrètes sur la suicidalité si nécessaire :**
    - « Vous arrive-t-il de penser : "J'aimerais être mort" ? »
    - « Vous arrive-t-il de penser : "Je ne veux pas vivre comme ça" ? »
    - « Avez-vous déjà pensé au suicide ? »
    - « Avez-vous des plans pour le faire ? »
    - « Avez-vous fait des préparatifs ? »
  - **Réagir avec compassion et espoir face aux personnes suicidaires :**
    - « Merci d'avoir partagé cela,»
    - « Cela doit être vraiment difficile pour vous »
    - NB : discuter également des réponses qui ne sont pas utiles, telles que : « Vous ne voulez pas vraiment mourir, n'est-ce pas ? », « Vous n'allez pas faire des choses folles, n'est-ce pas ? » « Arrêtez de penser à de telles choses », « Un bon musulman/chrétien/bouddhiste ne mettrait jamais fin à sa vie ».
4. Rechercher ensemble des mesures pour **un soutien supplémentaire**, par exemple :
- Identifier les personnes de soutien potentielles dans l'environnement social.
  - Appeler une ligne d'assistance ou un standard téléphonique de la SMSPS.
  - Contacter un professionnel de la SMSPS.
  - Discuter avec la personne de la manière dont elle peut rester en sécurité pour le moment. Si une personne présente un risque aigu de comportement suicidaire, l'objectif est d'obtenir d'elle qu'elle s'engage à accepter de l'aide et de prendre des dispositions concrètes pour obtenir cette aide (où, comment et quoi, et si la personne a besoin d'un soutien pour l'accompagner tout au long du processus de référencement.)
- Si nécessaire, activer le soutien psychologique de la famille et des amis (pour accompagner la personne).
5. Respecter les limites : Une personne-relais sentinelle n'est pas un professionnel de la SMSPS et il est important qu'il ne suscite pas d'attentes irréalistes quant à ce qu'il peut faire ou essayer de résoudre par lui-même les problèmes de la personne suicidaire. Il est important qu'une personnes-relais sentinelle puisse discuter de ses propres sentiments et réactions avec quelqu'un.

Des programmes de formation pour les personnes-relais sentinelles dans les contextes de réfugiés ont été élaborés dans différents pays. Les documents suivants peuvent constituer d'excellentes sources d'information lors de l'élaboration d'une formation des personnes relais sentinelles. Ils sont élaborés dans des pays à revenu élevé et doivent être adaptés au contexte.

- Colucci, E. et al (2016). [Suicide First Aid Guidelines for People from Immigrant and Refugee Backgrounds](#). Melbourne.
- Procter, N. et al. (2021). [An evaluation of suicide prevention education for people working with refugees and asylum seekers: Improvements in competence, attitudes, and confidence](#). Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.



## ENCADRÉ 13 :

### Signes avant-coureurs

- Parler souvent de la mort, du décès ou du suicide.
- Faire des commentaires sur le fait d'être désespéré, impuissant ou sans valeur.
- Exprimer de forts sentiments de culpabilité ou de honte, ou la conviction d'être un fardeau pour les autres (par exemple, dire « les autres se porteront mieux sans moi »).
- Exprimer l'absence de raison de vivre et de but dans la vie, avec des propos tels que « Ce serait mieux si je n'étais pas là », ou exprimer un détachement à l'égard des projets et des activités dans lesquels la personne était impliquée auparavant.
- Consommation accrue d'alcool et/ou de drogues.
- Détachement des amis, de la famille et de la communauté.
- Comportement imprudent ou activités plus risquées, apparemment sans réfléchir.
- Changements d'humeur spectaculaires.
- Parler de « se sentir piégé » ou de ne pas voir de solutions aux difficultés actuelles.
- Donner ses biens.

Dans la mesure du possible, les personnes relais sentinelles devraient être formés aux premiers secours psychologiques et aux [premiers secours psychologiques à distance](#) et, si possible, à d'autres interventions psychologiques modulables telles que [Gestion des problèmes Plus \(PM+\)](#) ou des conseils interpersonnels pour la dépression.





# 8 :

## PLAIDER EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX MOYENS DE SUBSISTANCE ET DE L'INCLUSION SOCIO-ÉCONOMIQUE DES RÉFUGIÉS

*Dans de nombreux contextes où le HCR opère, le désespoir des réfugiés et autres personnes déplacées de force est principalement dû aux possibilités limitées en matière d'emploi et de moyens de subsistance. Des problèmes tels que les obstacles juridiques à l'accès au marché du travail dans le pays d'accueil, les faibles possibilités d'études supérieures et la réduction des rations alimentaires ou de l'assistance en espèces peuvent alimenter un sentiment de frustration et de désespoir, qui peut être corrélé à une prévalence accrue de comportements suicidaires.*

Le HCR travaille en étroite collaboration avec les gouvernements nationaux, les organismes donateurs, les agences des Nations unies et d'autres partenaires pour offrir des options décentes en matière de moyens de subsistance et d'inclusion socio-économique. Le plaidoyer autour de ces sujets nécessite une coordination et une gouvernance de la part des équipes nationales du HCR. Le groupe de travail peut apporter une contribution importante à la défense des intérêts extérieurs.

Actions pouvant être envisagées par le groupe de travail sur la prévention et la réduction des suicides :

- Documenter la prévalence du comportement suicidaire et les schémas longitudinaux.
- Décrire les associations possibles entre les changements contextuels et les modèles de comportement suicidaire, mais s'abstenir d'établir des relations de cause à effet.
- Discuter des résultats avec la haute direction du HCR.
- Étudier les possibilités d'utiliser les résultats de l'évaluation dans des rapports, des propositions et des rapports médiatiques.
- Sensibiliser les personnes prenant part à la gestion des cas de la SMSPS aux possibilités de référencement vers des activités existantes (c'est-à-dire pas de programmes spéciaux pour les personnes souffrant de troubles mentaux) pour les moyens de subsistance et l'inclusion socio-économique.
- Sensibiliser les personnes prenant part à des activités de subsistance et d'inclusion socio-économique aux programmes de la SMSPS et à l'importance des moyens de subsistance et de l'inclusion socio-économique dans la lutte contre la détresse psychosociale.

# 9 :

## FORMER LE PERSONNEL DES LIGNES D'ASSISTANCE ET DES STANDARDS TÉLÉPHONIQUES À RÉPONDRE AUX APPELS DES PERSONNES EN DÉTRESSE

### Lignes d'assistance téléphonique destinées aux personnes en situation de crise émotionnelle

Les lignes de crise concentrent généralement leur travail sur les personnes de la communauté et offrent un soutien émotionnel confidentiel et sans jugement en période de crise personnelle, lorsque les individus se sentent incapables de faire face aux défis de leur vie, en particulier les personnes qui risquent de se suicider ou qui pensent au suicide. Les opérateurs de la ligne d'assistance sont au courant des services disponibles et orientent les personnes concernées si nécessaire.

La plupart des services de lignes de crise sont :

- Fournis gratuitement (ou l'appelant ne paie que le coût d'un appel téléphonique local).
- Assurés par des bénévoles formés, des professionnels de la santé mentale rémunérés ou des paraprofessionnels rémunérés.
- Anonymes : un nom/une identification personnelle n'est pas nécessaire pour bénéficier du service.
- Confidentiels (sauf dans les situations d'urgence où la sécurité est gravement menacée).

Les lignes d'assistance téléphonique, les lignes de crise et les hotlines peuvent contribuer à soulager la détresse d'une personne et à réduire l'intensité de ces sentiments, ce qui permet de résoudre les problèmes et d'envisager des actions pratiques en réponse à des problèmes personnels. Les services confidentiels proposés par les lignes de crise peuvent aider à surmonter la barrière de la stigmatisation entourant le suicide et les problèmes de santé mentale, qui pourrait empêcher une personne de demander de l'aide. Ces lignes sont très utiles mais ont aussi des limites dans ce qu'elles peuvent offrir en raison de la distance physique et de l'anonymat. Des lignes d'assistance téléphonique spécifiques à certains pays sont disponibles sur [Opencounseling.com/suicide-hotlines](https://www.opencounseling.com/suicide-hotlines) et sur [Findahelpline.com](https://www.findahelpline.com).

Il est peu probable que le HCR soit en mesure de mettre en place sa propre ligne d'assistance pour la prévention du suicide, mais il peut être possible d'assurer la liaison avec les lignes d'assistance existantes et d'aider le personnel à mieux répondre aux personnes qui ont besoin d'aide et de soutien. Si les partenaires envisagent de mettre en place une ligne d'assistance téléphonique en cas de crise, les orienter vers les ressources existantes, notamment le document de l'OMS intitulé [Prévenir le suicide : Une ressource pour la mise en place d'une ligne de crise](#) et [la liste de contrôle d'une ligne d'assistance](#).

### Renforcer la capacité des lignes d'assistance non spécialisées

De nombreuses opérations du HCR disposent de lignes vertes que les réfugiés peuvent appeler pour poser des questions sur toute une série de sujets. Parfois, les opérateurs (qui peuvent travailler dans le domaine de la protection et/ou de l'enregistrement) reçoivent des appels de personnes en situation de détresse aiguë et qui pourraient être suicidaires. Il est donc important de former le personnel non spécialisé des services d'assistance téléphonique à la manière dont il doit réagir lorsqu'il reçoit des appels de réfugiés en détresse, y compris ceux qui sont suicidaires. La formation à la prévention du suicide et à l'intervention pour le personnel des lignes d'assistance générale peut comprendre les éléments suivants :

- Associer les personnes à risque et travailler ses compétences de communication :
  - mettre en place rapidement la confiance/le soutien
  - l'écoute active et empathique
  - rester calme, apaiser
  - recadrer
  - s'engager à un niveau émotionnel plutôt que factuel (par exemple, ne pas essayer d'argumenter avec des faits, mais exprimer à quel point la situation doit être difficile pour l'appelant)
  - normaliser les sentiments et les pensées de détresse de la personne (mais pas l'intention de s'automutiler)
  - séparer la détresse du désir de mourir (« les gens veulent mettre fin à leur vie parce qu'ils veulent mettre fin à leur souffrance. Si la douleur pouvait être gérée, elles ne voudraient pas mourir. Nous disposons de nombreux moyens pour vous aider à gérer votre souffrance »).
  - propose de rappeler
- Respecter la confidentialité et savoir quand la rompre.
- Identifier les signes avant-coureurs du suicide : le personnel du service d'assistance téléphonique doit être formé à poser des questions actives sur la suicidabilité, par exemple, dans le cas d'une suicidabilité possible, en posant des questions spécifiques pour explorer le sujet :
  - le désir suicidaire actuel (« Pensez-vous à vous blesser ou à vous tuer ? »)
  - le désir suicidaire récent (au cours des deux derniers mois), (« Avez-vous pensé à vous blesser ou à vous tuer durant les deux derniers mois ? »)
  - les tentatives de suicide passées (« Avez-vous déjà tenté de mettre fin à vos jours ? »)
- Une réponse positive à l'une de ces trois questions devrait conduire à une évaluation plus approfondie du risque de suicide.
- Évaluer le degré de risque de suicide (voir l'**encadré 14** ci-dessous) : se référer à la FICR.
- Prendre des mesures pour réduire le risque de suicide (plan de sécurité, recours au soutien familial ou social, recours à l'équipe locale d'intervention d'urgence, etc.)
- Orienter les appelants qui sont en danger immédiat ou qui ont tenté de se suicider et qui ont besoin de soins médicaux aigus.
- Auto-prise en charge des soins et supervision :
  - Débriefing et soutien après un appel pour aider le travailleur à faire face aux réactions émotionnelles et aux difficultés rencontrées au cours de l'appel.
  - Fournir un retour d'information aux travailleurs de la ligne de crise afin qu'ils améliorent leurs compétences.
  - Assister dans les procédures organisationnelles et administratives telles que la tenue des dossiers et, selon les procédures, la planification du suivi ou les notes pour les autres travailleurs qui peuvent recevoir un appel de la même personne.
  - Contrôler la qualité, en veillant à ce que les appelants reçoivent une aide appropriée et utile.

#### Autres lectures et conseils

- FICR (2020). [Suicide prevention during COVID-19](#). IFRC Reference Centre for Psychosocial Support, Copenhagen.
- Draper, J., et al. (2015). [Helping callers to the National Suicide Prevention Lifeline who are at imminent risk of suicide: The importance of active engagement, active rescue, and collaboration between crisis and emergency services](#). Suicide and Life-Threatening Behavior, 45(3), 261-270.

# 10 :

## FORMER LES PREMIERS INTERVENANTS À LA PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ

*La planification de la sécurité consiste en un ensemble personnalisé de stratégies d'adaptation et de ressources permettant aux personnes de se soutenir lors de l'apparition ou de l'aggravation d'une détresse liée au suicide ou de pulsions suicidaires.*

Le contenu du plan de sécurité est élaboré conjointement par le travailleur et la personne en détresse. Il est différent pour chaque personne et reflète la réflexion de l'individu sur les stratégies qui lui conviennent et qu'il peut mettre en place lorsque la détresse liée au suicide commence ou s'aggrave. Il s'agit d'un menu d'activités à des niveaux de sécurité et de protection croissants, allant d'actions très simples et immédiates que la personne peut faire elle-même, des choses qui peuvent l'aider à se distraire, à rendre sa situation plus sûre, à renforcer ses raisons de vivre, jusqu'à des actions plus robustes impliquant l'aide d'autres personnes. Les plans de sécurité se sont avérés efficaces pour réduire les idées et les comportements suicidaires, diminuer le désespoir, renforcer les raisons de vivre et réduire le nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide.

### Comment élaborer un plan de sécurité ?

- La planification de la sécurité s'adresse aux personnes qui ne courent pas de risque imminent de se faire du mal.
- Un plan de sécurité est élaboré par la personne à risque de suicide en collaboration avec un professionnel formé à la planification de la sécurité. Si la personne est d'accord, il peut être utile d'associer une personne de confiance lors de l'élaboration du plan de sécurité. Dans certains cas, un membre de la famille ou un ami peut être présent et apporter son aide pendant le co-développement.
- Si la personne à risque est âgée de moins de 18 ans, un parent ou une personne de confiance doit participer à la planification de la sécurité, à moins qu'il n'y ait des risques liés à sa participation.
- L'aidant ou la personne de confiance peut aider à expliquer l'objectif du plan de sécurité, mais ne doit pas fournir de réponses au nom de la personne à risque, car les stratégies choisies pour assurer sa sécurité doivent être motivées par la personne et avoir un sens pour elle.
- Il est important d'être patient et encourageant tout en utilisant des techniques d'aide de base pour promouvoir la confiance et une communication ouverte.
- Inviter la personne à lire les questions et lui donner le temps d'écrire ses réponses ou, si la personne est analphabète, trouver d'autres moyens pour qu'elle se souvienne des actions.
- En moyenne, la réalisation d'un plan de sécurité devrait prendre entre 30 et 40 minutes. Le plan doit être révisé et adapté au fil du temps.

## Structure d'un plan de sécurité

- Un plan de sécurité type comprend six éléments : **(1)** reconnaître les signes avant-coureurs individuels ; **(2)** identifier et utiliser des stratégies d'adaptation internes ; **(3)** utiliser les soutiens sociaux comme distractions ; **(4)** contacter la famille ou des amis de confiance pour obtenir de l'aide ; **(5)** contacter des services de santé mentale spécifiques ; **(6)** réduire l'accès à l'utilisation de moyens létaux.
- Le personnel et les bénévoles doivent s'assurer qu'ils disposent des coordonnées actuelles des services d'urgence locaux et des autres ressources dont peuvent avoir besoin les personnes qui élaborent leur plan de sécurité.
- Il peut être utile de disposer d'un formulaire pré-imprimé sur du papier épais (dans la langue de la personne) sur lequel la personne peut noter ses stratégies spécifiques.
- Un modèle de planification de la sécurité est présenté dans l'**encadré 14**. Il est possible de l'adapter en fonction de la langue et du contexte. La créativité est encouragée pour adapter le plan au niveau d'alphabétisation et aux besoins de soutien de la personne - un enregistrement audio, un dessin ou une petite carte d'adaptation conservée dans une poche devraient être envisagés comme formats possibles pour le plan de sécurité.

## En savoir plus sur la planification de la sécurité :

- Pour en savoir plus sur le concept de planification de la sécurité, consultez cette [brève vidéo](#).
- Pour voir la structure d'un plan de sécurité, voir page 30 FICR (2021), [Prévention du suicide](#).
- Pour avoir quelques idées de ce qu'une personne pourrait envisager d'ajouter à son plan de sécurité, voir [ici](#).



## ENCADRÉ 14 :

### Modèle de carte de planification de la sécurité

Nom : .....

#### 1. Reconnaître les signes avant-coureurs personnels

*Quels sont les pensées, les images, l'humeur, les situations, le comportement qui indiquent qu'une crise est en train de se développer ?*

1.1

1.2

1.3

#### 2. Rendre votre situation plus sûre

*Que pouvez-vous faire immédiatement pour améliorer votre sécurité ? Y a-t-il un endroit où vous pouvez vous rendre facilement et où vous vous sentez plus en sécurité ? Que pouvez-vous faire à plus long terme pour améliorer votre sécurité ? Pouvez-vous retirer (ou éloigner) tout ce que vous pourriez utiliser pour vous faire du mal ? Si vous avez besoin de médicaments réguliers, pourriez-vous les conserver dans un endroit sûr ou en garder une petite quantité chez vous ? Y a-t-il quelqu'un en qui vous avez confiance pour s'en occuper à votre place ?*

2.1

2.2

2.3

#### 3. Faire des choses pour améliorer son humeur ou se calmer

*Noter les choses qui, selon vous, vous aideront à améliorer votre humeur ou à vous sentir moins angoissé ou plus calme. Ajouter tout ce qui vous semble utile et soyez précis.*

3.1

3.2

3.3

#### 4. Faire des choses pour améliorer son humeur ou se calmer

*Écrire des choses qui vous aideront à vous distraire des pensées qui vous poussent à vous blesser ou à vous tuer.*

4.1

4.2

4.3



ENCADRÉ 14 : Modèle de carte de planification de la sécurité (suite)

**4. Faire des choses pour améliorer son humeur ou se calmer**

*Écrire des choses qui vous aideront à vous distraire des pensées qui vous poussent à vous blesser ou à vous tuer.*

4.1

4.2

4.3

**5. Utiliser les soutiens sociaux**

*Inscrire les noms et les coordonnées de personnes avec lesquelles vous pouvez entrer en contact pour vous sentir plus en sécurité. Il peut s'agir de personnes à qui vous envoyez un message ou avec qui vous entrez en contact simplement pour discuter, sans nécessairement leur faire part de vos sentiments en détail. Inscrire toutes les coordonnées et indiquer quand et comment les contacter.*

5.1

5.2

5.3

**6. Parler de ses sentiments ou de ses pensées liés à l'automutilation ou au suicide**

*Liste des personnes à qui vous pouvez parler si vous vous sentez en détresse ou si vous pensez à l'automutilation ou au suicide. Indiquer comment les contacter (numéros de téléphone/adresse). Indiquer tous les moyens de les contacter, y compris par messagerie, ainsi que leurs numéros de téléphone (domicile, portable et travail).*

6.1

6.2

6.3

**7. Contacter un professionnel de l'aide d'urgence**

*Indiquer toutes les personnes à contacter pour les services d'urgence et l'assistance professionnelle, y compris les moyens de leur envoyer un message et leurs numéros de téléphone (domicile, portable et travail).*

7.1

7.2

7.3

**La seule chose qui est la plus importante pour moi et pour laquelle il vaut la peine de vivre est :** Vous pouvez lister ici les raisons de vivre. Il peut s'agir d'un sujet lié à votre famille, à vos projets d'avenir - tout ce que vous considérez comme le plus important.

*Le personnel travaillant dans les services de SMSPS ou dans les services de santé généraux doit être bien formé pour engager des conversations avec les personnes suicidaires (ou susceptibles de l'être). La formation est plus complète que celle destinée aux personnes-relais sentinelles ou au personnel des services d'assistance téléphonique. Les objectifs sont d'explorer le niveau de suicidalité et de s'engager avec la personne pour établir un plan adéquat pour les prochaines étapes.*

.....

Cette formation peut faire partie d'une formation de 5 jours au guide d'intervention humanitaire (GIH) mhGAP (voir l'action 6) ou être proposée en tant que formation autonome dans le cadre d'activités de prévention du suicide. Une formation autonome sur l'évaluation et la prise en charge du suicide peut se dérouler sur une demi-journée ou une journée entière et doit consister au minimum en ce qui suit :

1. Remettre à niveau l'évaluation des troubles de la santé mentale tels que la dépression, la psychose, le stress aigu, le syndrome de stress post-traumatique (dans le mhGAP, voir l'action 6).
2. Former à l'évaluation et à la gestion des comportements suicidaires (voir page 59-51 du guide d'intervention humanitaire du mhGAP), en mettant l'accent sur l'apprentissage par l'expérience (par le biais de jeux de rôle) et en renforçant les techniques de communication (affirmations, demander la permission d'explorer ses sentiments) (voir **encadré 15**).
3. La planification de la sécurité (voir l'**outil 10**) et les mesures de suivi pour les différents niveaux de comportement suicidaire sont des compétences qui peuvent être utilisées en conjonction avec les compétences du mhGAP. La planification de la sécurité peut être mise en œuvre par le personnel et les bénévoles de la SMSPS.

## ENCADRÉ 15 :

### Comment les professionnels de SMSPS peuvent-ils évaluer le suicide

1. Commencer par explorer les sentiments négatifs de la personne, puis lui demander si elle a des projets ou des pensées concernant l'automutilation ou le suicide :

« Je vois que vous traversez une période très difficile. Dans votre situation, de nombreuses personnes ont l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Avez-vous déjà ressenti cela auparavant ? »

Si la réponse est **OUI**, continuer à explorer :

- Quels sont les aspects de votre vie qui font qu'elle ne vaut pas la peine d'être vécue ?
- Quels sont les aspects de votre vie qui font qu'elle vaut la peine d'être vécue ?
- Avez-vous déjà souhaité mettre fin à vos jours ?
- Avez-vous déjà pensé à vous faire du mal ?

Si la réponse est **OUI** à l'un des deux derniers points, poser la question :

- Avez-vous réfléchi à la manière dont vous vous feriez du mal ?
  - Avez-vous réfléchi à la manière dont vous mettriez fin à votre vie ?
  - Avez-vous parlé de ces idées à quelqu'un d'autre ?
- Si oui : quelle a été leur réponse ? Si non : pourquoi ?

2. Poser maintenant des questions directes pour comprendre à quel point le risque d'automutilation ou de suicide est imminent :

- Quelles sont les pensées que vous avez eues en particulier ?
- Depuis combien de temps avez-vous ces pensées ?
- Quelle a été leur intensité ? À quelle fréquence ? Combien de temps ont-elles duré ?
- La fréquence de ces pensées a-t-elle augmenté récemment ?
- Qu'est-ce qui renforce ces pensées ?
- Avez-vous envie de mettre fin à vos jours ?
- Avez-vous un plan pour mourir ou vous suicider ?
- Quel est-il ? Où se déroulerait cette opération ? Quand comptez-vous l'exécuter ?
- Avez-vous les moyens de réaliser ce plan ?
- Est-il facile pour vous de vous procurer l'arme, la corde, le pesticide, etc. (moyens) ?
- Quels sont les moyens auxquels vous avez déjà accès ? Quelles sont les démarches à effectuer pour accéder aux moyens ?
- Avez-vous déjà fait des tentatives ? Si oui : Quand ? Que s'est-il passé ?

3. Après avoir posé des questions sur les sentiments négatifs et les pensées/plans d'automutilation/suicide d'une personne, équilibrer en posant des questions sur les éléments positifs de sa vie et les facteurs de protection possibles :

- Quels sont les aspects de votre vie qui font qu'elle vaut la peine d'être vécue ?
  - Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir mieux ou à penser de manière plus positive ou optimiste quant à votre avenir ?
  - Comment avez-vous fait face à une situation de stress similaire dans le passé ?
- Qu'est-ce qui vous a aidé dans le passé ?
- À qui pouvez-vous demander de l'aide ? Qui vous écoutera ? Par qui vous sentez-vous soutenu ?
  - Quels changements dans votre situation vous feront changer d'avis sur le fait de vous suicider ?
  - Qu'est-ce qui rendrait moins probable le fait que vous essayiez de mettre fin à vos jours ?
  - Si vous commenciez à penser à vous faire du mal ou à vous tuer, que feriez-vous pour faire face à ces pensées et rester en sécurité ?



Expliquer à la personne que lorsque les gens se sentent dépassés, ils peuvent passer par des périodes où ils veulent mourir, mais qu'il s'agit d'une réaction pour échapper à la douleur ou au stress de ce qu'ils vivent. Une fois le stress ou la douleur atténués, ils ne se sentent généralement plus dans cette situation. Expliquer que vous voyez que la personne se sent dépassée par sa situation actuelle, que vous vous inquiétez pour elle et pour sa sécurité, et que vous aimeriez travailler avec elle pour prendre des mesures afin d'assurer sa sécurité.

## Soutenir une personne qui risque de se suicider ou de s'automutiler

Une personne est exposée à un risque imminent de suicide ou d'automutilation si l'un des éléments suivants est présent :

- Pensées, plans ou actes suicidaires actuels
- Personne extrêmement agitée, violente, en détresse ou qui ne communique pas et qui a des antécédents
  - de pensées ou de projets d'automutilation ou de suicide au cours du dernier mois et/ou
  - d'actes d'automutilation au cours de l'année écoulée

### ENCADRÉ 16 :

#### Les actions clés pour soutenir une personne présentant un risque imminent de suicide ou d'automutilation sont les suivantes

- Retirer (ou éloigner) les moyens d'automutilation/de suicide.
- Créer un environnement sûr et favorable ; si possible, proposer une pièce séparée et calme pendant l'attente du traitement.
- Ne pas laisser la personne seule.
- Superviser et désigner un membre du personnel ou de la famille pour assurer la sécurité de la personne à tout moment.
- S'occuper de l'état mental et de la détresse émotionnelle.
- Élaborer ensemble un plan de sécurité (voir l'action 10 ci-dessus).
- Fournir une psychoéducation à la personne et à ses soignants.
- Proposer et activer un soutien psychosocial.
- Offrir un soutien aux soignants.
- Consulter un spécialiste de la santé mentale, si possible.
- Maintenir un contact et un suivi réguliers.

## Soutenir une personne qui risque de se suicider ou de s'automutiler

Pour les personnes qui ne présentent pas de risque immédiat de suicide mais qui ont des pensées suicidaires, des antécédents de pensées ou de projets d'automutilation au cours du dernier mois, ou un acte d'automutilation au cours de l'année écoulée, il convient de suivre les étapes suivantes :

- Proposer et activer un soutien psychosocial.
- Créer un plan de sécurité (voir la **section 10**).
- Faire appel à la famille ou à d'autres personnes de confiance pour l'observation et le retrait des moyens, le cas échéant.
- Consulter un spécialiste de la santé mentale, si possible.
- Maintenir un contact et un suivi réguliers.

Des protocoles d'intervention spécifiques au décès par suicide, à la tentative de suicide et à la détresse aiguë aident le personnel à réagir de manière organisée, opportune et avec compassion. Des protocoles clairs et cohérents indiquant ce qu'il faut faire et qui doit être contacté contribueront également à réduire l'incertitude et la peur. Les services opérationnels devraient veiller à ce que le personnel des établissements de santé reçoive une formation sur la manière de réagir lorsqu'une personne est identifiée comme envisageant de se suicider ou présente des preuves d'une tentative de suicide médicalement grave.

## Soutenir une personne qui a fait une tentative de suicide médicalement grave

On parle de tentative de suicide médicalement grave lorsque l'un des éléments suivants est présent :

- Signes d'automutilation tels que des signes d'empoisonnement ou d'intoxication.
- Signes et symptômes nécessitant un traitement médical d'urgence, tels qu'une hémorragie due à une blessure auto-infligée, une perte de conscience ou une léthargie extrême.

Les sections ci-dessous sont adaptées de la section « Répondre aux personnes à risque » du document de la FICR [Prévention du suicide pendant le COVID-19](#).

Les actions à entreprendre sont décrites dans l'**encadré 17**.

## ENCADRÉ 17 :

### Mesures à prendre en cas de tentative de suicide médicalement grave

- Dans tous les cas : placer la personne dans un environnement sûr et favorable, si possible dans un établissement de santé disposant de services d'hospitalisation.
- Ne pas laisser la personne seule.
- Traiter médicalement la blessure ou l'empoisonnement. En cas d'intoxication aiguë par les pesticides, suivre le protocole de gestion de l'intoxication par les pesticides (voir le [guide de l'OMS : Gestion clinique de l'intoxication aiguë par les pesticides](#)).
- Si une hospitalisation est nécessaire, continuer à surveiller la personne de près afin de prévenir d'autres tentatives de suicide.
- Prendre soin de la personne qui s'automutile (s'enquérir de ses besoins, par exemple une couverture, de la nourriture, de l'eau, de la communication, etc.)
- Proposer et activer un soutien psychosocial.
- Offrir un soutien aux soignants.
- Consulter un spécialiste de la santé mentale, si possible.
- Une fois que la personne est sortie de l'hôpital, prendre des dispositions avec la famille ou d'autres systèmes de soutien pour vous assurer que la personne n'est pas laissée seule.
- Élaborer un plan de sécurité avec la personne (voir la **section 10**).
- Maintenir un contact et un suivi réguliers.

# 12 :

## ÉLABORER UN PARCOURS CLAIR POUR SAVOIR QUI FAIT QUOI LORSQU'UNE PERSONNE EST SUICIDAIRE

*Le fait d'avoir une compréhension commune du processus de réponse actuel aide les équipes à recenser les problèmes ou les goulets d'étranglement, à cibler les discussions et à identifier les ressources.*

.....

Par exemple, les équipes peuvent déterminer les étapes du processus qui n'apportent pas de valeur ajoutée, telles que les retards, le travail inutile, la duplication ou les dépenses, ainsi que les ruptures de communication. C'est à ce moment-là que l'on peut commencer à améliorer les parcours. Les voies de référencement doivent être clairement structurées et efficaces et intégrer des mécanismes garantissant la confidentialité du processus de référencement.

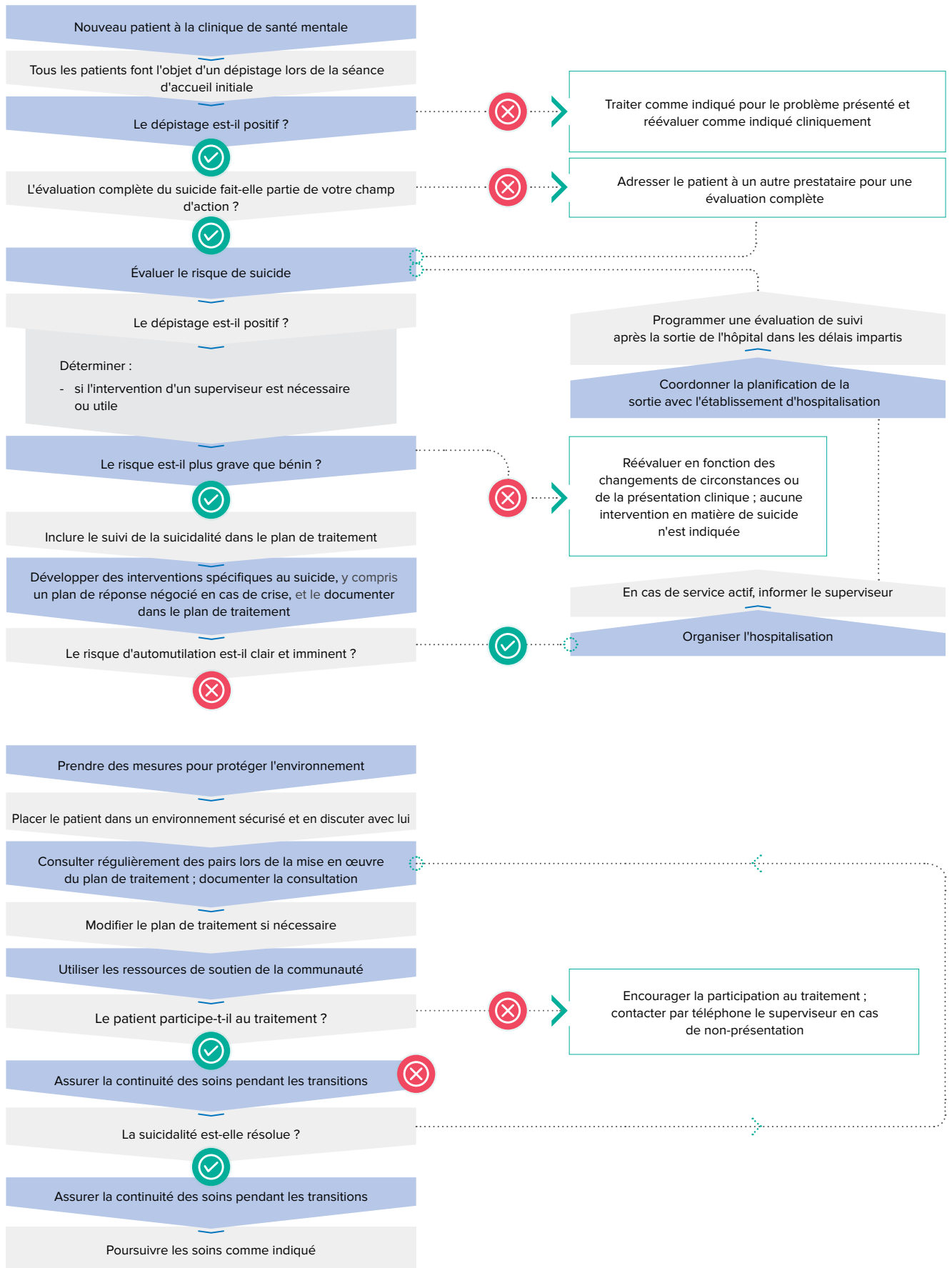
Dans les situations où il existe des options de référencement sûres et disponibles, les coordinateurs de l'intervention doivent tester les voies de référencement pour s'assurer qu'elles fonctionnent. Il peut s'agir de réunions avec des responsables locaux et nationaux, des coordinateurs de crise, des groupes de travail techniques (SMSPS, éducation, protection, santé) et d'un accord sur les méthodes de travail, y compris les procédures opérationnelles standard.

Un organigramme, également appelé « carte de processus » (process map), est une représentation visuelle de la séquence des étapes d'un processus. Comprendre le processus tel qu'il fonctionne actuellement est une étape importante pour développer des idées sur la manière de l'améliorer. L'utilisation d'un organigramme peut aider à clarifier les processus complexes liés à la prévention et à la réponse au suicide, à supprimer les étapes inutiles dans le processus de référencement et à servir de base à la conception de nouveaux processus.



## Exemple de modèle d'organigramme

NON OUI



# 13 :

## APPORTER UN SOUTIEN AUX PERSONNES AFFECTÉES PAR LE SUICIDE

*Le fait d'avoir un proche suicidaire ou présentant un risque élevé de suicide a une incidence significative sur les amis proches et les parents. Le personnel et les bénévoles peuvent rencontrer des personnes qui cherchent un soutien parce qu'un de leurs proches est en danger de suicide ou a tenté de se suicider ou est décédé. Les familles et les proches qui ont perdu un être cher vivent leur deuil à leur manière et en leur temps.*

Il est important de comprendre qu'il n'existe pas de manière unique ou correcte de faire son deuil ou de le surmonter. La mort par suicide est généralement soudaine, souvent inattendue et peut être émotionnellement ou physiquement perturbante. Les membres de la famille et les amis sont souvent laissés en état de choc alors qu'ils s'efforcent de comprendre ce qui s'est passé et se demandent pourquoi cela s'est produit et s'ils auraient pu ou dû faire quelque chose pour l'éviter. Les réactions émotionnelles peuvent être intenses et complexes, allant des sentiments de culpabilité, de colère, de honte, de tristesse et de peur. Les personnes qui ont été endeuillées par un suicide peuvent elles-mêmes devenir vulnérables aux pensées suicidaires ou connaître des périodes de dépression durable ou conjoncturelle. De nombreuses personnes endeuillées par un suicide se sentent souvent isolées et ont l'impression que les autres les évitent. Tout cela complique le processus de deuil et le rend plus long que les autres types de deuil.

### Apporter un soutien individuel aux personnes endeuillées par un suicide

Soutenir les membres de la famille endeuillée dans leur deuil est important pour leur guérison. Il est important que cela se fasse de manière non intrusive et soit centré sur les besoins de la personne endeuillée. Ce soutien doit être étroitement coordonné avec les professionnels des différents secteurs (protection communautaire, SMSPS, etc.). Parfois, le soutien peut être très modeste (bien que significatif pour la personne endeuillée) : un appel téléphonique ou une visite à domicile pour prendre des nouvelles et demander comment va la personne ou demander aux bénévoles de la SMSPS qui vivent dans la même région d'entrer en contact et de se mettre à la disposition de la famille endeuillée de temps en temps. Dans d'autres cas, la personne endeuillée a besoin d'un soutien plus important et peut bénéficier de séances de conseil pour discuter de ses sentiments de colère, de culpabilité, de honte, de tristesse ou d'autres formes de soutien et de soins. Il n'y a aucune bonne façon de faire son deuil. Les gens réagiront différemment. Le deuil est un processus normal et de nombreuses personnes n'ont pas besoin d'un soutien professionnel. Toutefois, les membres de la famille d'un proche décédé par suicide présentent eux-mêmes un risque accru de suicide, d'où l'importance d'être vigilant.

Les éléments clés à prendre en compte pour apporter un soutien aux amis et aux proches sont les suivants :

- Utiliser des techniques d'écoute active pour s'assurer que la personne endeuillée se sente soutenue et entendue.
- Reconnaître les sentiments exprimés.
- Reconnaître le courage de demander de l'aide.
- Explorer les modalités de prise en charge existantes, le soutien et les ressources.
- Les encourager à utiliser leur système de soutien social.
- Envisager de leur proposer de participer à un groupe de soutien (voir ci-dessous).
- Déterminer si une évaluation supplémentaire des risques est nécessaire (et orienter, le cas échéant).

Lire davantage : Survivors of Bereavement by Suicide (2019). [Support after a Suicide](#).

## Engager la communauté

Il est utile de contacter les personnes-relais sentinelles de la communauté, tels que les leaders communautaires, les chefs religieux et culturels et les enseignants, afin d'orienter la manière dont le suicide est évoqué publiquement dans la communauté et de galvaniser le soutien à la personne endeuillée et d'éviter les ragots ou l'ostracisme social. Les soutiens communautaires sont importants pour aider les personnes endeuillées à comprendre et à surmonter la perte. Prendre des mesures pour éviter que les informations sur le suicide ne fassent l'objet d'un sensationnalisme, car cela peut accroître la détresse des personnes endeuillées.

## Travail de groupe avec des personnes touchées par le suicide

Réunir des personnes qui partagent une question ou un problème de vie similaire peut avoir des effets considérables, comme le fait de se sentir compris et accepté, d'apprendre de l'expérience des autres et d'éprouver un sentiment d'appartenance. Pour ces raisons, le travail de groupe peut être considéré comme faisant partie des activités liées à la prévention et à la réduction des risques de suicide. Mais la mise en place de ces groupes comporte également des risques qu'il convient de prendre en considération. Nous distinguons deux types de groupes (voir le **tableau 8**).

### Groupes d'entraide

Ces groupes sont autonomes (ils ne sont pas dirigés par des professionnels) et composés de personnes partageant des préoccupations ou des problèmes identiques ou similaires, qui se réunissent régulièrement pour s'apporter mutuellement un soutien émotionnel et des conseils. Ils se développent généralement de manière organique et ont un format plutôt ouvert (ils ne suivent pas un curriculum).

- **Les groupes d'entraide de personnes endeuillées par un suicide** peuvent constituer une occasion importante de se retrouver avec d'autres personnes qui ont vécu la même expérience (contrecarrant ainsi la stigmatisation), de gagner en force et en compréhension auprès des autres membres du groupe et d'apporter la même chose aux autres. Le groupe peut également jouer un rôle éducatif au sein de sa communauté, en fournissant des informations sur le suicide et en indiquant où trouver de l'aide. Bien que ces groupes soient largement autogérés, une certaine forme de soutien ou de référencement externe est souvent utile, comme des conseils techniques, des informations pour les membres sur les endroits où s'adresser pour obtenir un soutien supplémentaire. Voir : Organisation mondiale de la santé. (2018). Prévenir le suicide : une boîte à outils pour l'engagement communautaire.



- **Des groupes d'entraide de personnes ayant fait une tentative de suicide** peuvent se développer spontanément dans les communautés fortement touchées par le suicide. Cependant, l'atmosphère d'un groupe de survivants du suicide peut passer radicalement de l'espoir à la négativité, en particulier si un membre devient gravement suicidaire ou fait une nouvelle tentative de suicide. Nous conseillons de ne pas créer de tels groupes autogérés, mais d'envisager plutôt un groupe de soutien géré par des professionnels (voir ci-dessous).

### Groupes de soutien gérés par des professionnels

Ces groupes sont animés par des professionnels de la SMSPS, qui ne partagent généralement pas les problèmes des membres. Le facilitateur organise les invitations, choisit le lieu et anime les discussions. Ils sont généralement limités dans le temps et peuvent suivre un curriculum structuré.

- **Les groupes de soutien pour les personnes qui ont fait une tentative de suicide** peuvent offrir un espace sûr, sans jugement, où les personnes peuvent parler des raisons et des sentiments qui les ont poussées à faire une tentative de suicide ainsi que des effets que cette tentative ont eu sur leur vie. Dans certains contextes, le HCR et ses partenaires ont une bonne expérience de ces groupes. Par exemple, en réponse aux taux très élevés de tentatives de suicide dans un camp de réfugiés en Ouganda, le partenaire du HCR a mis en place un groupe de soutien de huit semaines animé par un professionnel de la SMSPS. Le groupe a permis à ses participants de se rapprocher de pairs partageant des expériences similaires et a mis l'accent sur les outils et les compétences (par exemple, les compétences d'adaptation grâce à la planification de la sécurité) qui pourraient aider les membres à rester à l'abri d'une future tentative de suicide. Les groupes de soutien peuvent être perçus comme imposés s'ils sont mis en place trop tôt après l'incident. De tels groupes ne devraient être envisagés que s'il existe des animateurs bien formés et expérimentés qui sont à l'aise dans l'animation de tels groupes et capables de gérer des dynamiques complexes et des émotions fortes au sein du groupe.

Une ressource bien articulée qui pourrait être utile dans l'élaboration du curriculum pour un tel groupe est la suivante :

- Didi Hirsch Mental Health Services (2021). [Survivors of Suicide attempts: Manual for support groups](#). Los Angeles, DDMHS.

- **Les groupes de soutien pour les membres de la famille endeuillée peuvent être très utiles.** Ils peuvent être animés par un professionnel de la SMSPS ou un bénévole formé et supervisé. Ces groupes peuvent offrir aux personnes endeuillées par le suicide un lieu sûr où elles peuvent partager leurs expériences, apprendre des techniques d'adaptation et de guérison et trouver du soutien auprès d'autres personnes.

**Tableau 8 :** Vue d'ensemble du groupe de soutien pour les personnes touchées par le suicide

	Pour les personnes ayant fait une tentative de suicide	Pour les familles et les amis endeuillés par un suicide
Groupe d'entraide ( <i>dirigé par soi-même ou par un bénévole de la communauté</i> )	Non conseillé	Oui ( <i>si un soutien supplémentaire est disponible</i> )
Groupes de soutien animés par un professionnel de la SMSPS	Peuvent être envisagés s'ils sont dirigés par un professionnel expérimenté	Oui

# 14 :

## PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL ET DES BÉNÉVOLES

*Un suicide génère souvent de fortes réactions émotionnelles chez les premiers intervenants et les personnes qui ont apporté leur soutien. Le soutien initial est essentiel et le soutien et la réponse apportés aux collègues qui ont vécu un incident critique peuvent influencer la durée et la gravité de leur réaction émotionnelle.*

Une composante importante du bien-être du personnel et des bénévoles consiste à s'assurer que de bons protocoles de prévention du suicide sont en place. Le personnel et les bénévoles qui se sentent confiants et à l'aise dans la gestion d'une crise ressentiront moins de stress et d'anxiété. En raison des difficultés liées à la prise en charge des personnes suicidaires, il est important que les responsables et les collègues favorisent le bien-être du personnel et des bénévoles en prenant les mesures suivantes pour instaurer un climat de confiance et un environnement de travail sain :

### Fournir des informations au personnel et aux bénévoles sur les options de prise en charge du personnel au sein de l'organisation

#### **Pour le personnel du HCR :**

Informez le personnel sur [l'équipe de santé et de bien-être du personnel du HCR](#) et sur les professionnels de la santé mentale disponibles. La [plateforme de bien-être du HCR](#) comprend également une variété d'auto-évaluations pour aider le personnel et les volontaires à mieux comprendre leur bien-être psychologique.

Le personnel et les bénévoles doivent également connaître l'existence du service de téléassistance du HCR sur le bien-être psychosocial (+41227397388), disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les personnes ayant besoin d'un soutien urgent. Ce service de téléassistance mettra le personnel et les bénévoles en contact avec un conseiller du personnel de garde qui leur fournira des conseils.

Le HCR s'est associé à [l'Institut de Rome](#), un prestataire externe de services de santé mentale, afin de pouvoir apporter un soutien psychologique plus important aux collègues qui en ont besoin. Il est possible de demander un rendez-vous avec l'un de ses psychologues cliniciens, conseillers psychologiques et psychothérapeutes en envoyant un courrier électronique (une réponse sera apportée à la demande dans les 24 heures). Les deux premières séances sont gratuites et les services sont disponibles en anglais, en français et en espagnol.

#### **Pour le personnel des organisations partenaires :**

- Vérifier auprès de votre organisation quelles sont les ressources disponibles pour soutenir le personnel.
- L'ensemble de [services minimaux en matière de santé mentale et de soutien psychosocial](#) comprend une section sur le soutien au personnel avec des ressources recommandées.
- Utiliser des informations provenant d'organisations qui soutiennent les soins du personnel pour les travailleurs humanitaires, telles que [l'Institut Headington](#) ou la [Fondation Antares](#).

## Distribuer des outils et promouvoir des événements pour aider le personnel et les bénévoles à gérer leur bien-être mental

Les ressources suivantes sont recommandées :

- Le bien-être des managers :
  - [Why is mental health and wellbeing important?](#)
  - [Improve you own mental health](#)
- L'épuisement professionnel et le poids de la charge de travail :
  - [Dealing with a heavy workload](#)
  - [How to deal with burnout](#)
- La santé mentale et le bien-être :
  - [Grief and how to cope with it](#)
  - [Coping with traumatic events](#)
  - [How to feel less anxious](#)
  - [How to get better sleep](#)
  - [Substance use](#)
  - [Thinking styles and resilience](#)
- Les ressources sur la forme physique et l'entraînement :
  - [Recommended fitness apps](#)
  - [Simple ways to stay fit](#)
  - [Progressive muscle relaxation](#)
  - [Fitness classes](#)
  - [Morning yoga series](#)

## Effectuer des contrôles réguliers et un suivi après la session

Il est important pour le bien-être du personnel et la santé de l'équipe en général de nouer des liens avec votre équipe et de créer des activités de renforcement de l'esprit d'équipe. Consacrer quelques minutes chaque semaine pour prendre des nouvelles des uns et des autres (en particulier des collègues vulnérables) contribue à établir des relations entre les membres de l'équipe et à faire de la communication ouverte une norme au sein de l'équipe. Les moyens de suivi suivants peuvent être utilisés :

- **Passer un appel téléphonique**
- **Envoyer un message texte court**
- **Se contacter par courriel**
- **Écrire une lettre**
- **Rendre visite à domicile**
- **Prévoir une réunion/heure dédiée au bureau**

Il peut également être utile d'organiser une consultation régulière pour le personnel intervenant dans les cas de comportements suicidaires (cela permet non seulement de favoriser le bien-être, mais aussi d'accroître la confiance et de renforcer la qualité de l'intervention).



## Encourager la création d'un réseau ou d'un groupe de soutien de pairs

### **Pour le personnel du HCR :**

Le [réseau de conseillers pairs \(PAN\)](#) est un réseau mondial de membres du personnel du HCR qui donnent de leur temps pour soutenir leurs collègues dans le besoin. Le réseau est soutenu par les bureaux du bien-être psychosocial, de l'éthique et du médiateur, et se concentre principalement sur les collègues qui travaillent sur le terrain. [Tous les conseillers pairs](#) sont formés pour apporter un soutien psychosocial de faible intensité, fournir des conseils sur la résolution des différends et des conflits, et agir en tant qu'influenceurs éthiques au sein du HCR. Ils répondent à une série de questions relatives aux besoins de l'individu, y compris les conflits et les griefs sur le lieu de travail, le bien-être et les préoccupations psychologiques, ainsi que les incidents critiques.

### **Pour le personnel des organisations partenaires :**

Voir les ressources de l'ensemble de [services minimaux en matière de santé mentale et de soutien psychosocial](#).

*Le suicide et les tentatives de suicide suscitent des émotions fortes chez toutes les personnes concernées. Parfois, les rumeurs et les fausses informations peuvent se propager rapidement et susciter davantage de détresse, voire de nouvelles tentatives de suicide.*

.....

**Un plan de communication de crise** est essentiel pour garantir que les rumeurs et la désinformation liées au suicide puissent être atténuées et traitées. Les étapes de la communication de crise sont les suivantes :

- Mettre en place une structure de coordination (avec des rôles et des responsabilités clairement définis)
- Développer un arbre de communication
- Créer et utiliser un mécanisme de suivi de ce qui se passe dans la communauté
- Identifier des porte-parole
- Formation

Il est important de collaborer avec les médias et les réseaux sociaux afin de garantir une couverture responsable du suicide et de mettre en place des campagnes de sensibilisation à l'intention de la communauté. Les moyens d'y parvenir sont les suivants :

- Veiller à ce que les journalistes fassent preuve de sensibilité lorsqu'ils interrogent les amis et la famille de la personne concernée
- Encourager les médias à ne pas faire de sensationnalisme et à ne pas normaliser le suicide
- Ne pas fournir de détails sur les suicides, y compris les moyens utilisés, le lieu et l'emplacement, les photographies ou les vidéos
- Fournir des informations aux médias sur les endroits où les gens peuvent chercher de l'aide, sur la manière de faire face aux facteurs de stress et sur la manière d'éviter de propager des mythes ou d'accroître la stigmatisation

La couverture médiatique et en ligne du suicide doit s'appuyer sur les meilleures pratiques. Certains décès par suicide peuvent être médiatisés. Cependant, la manière dont les médias couvrent le suicide peut influencer le comportement de manière négative en contribuant à la contagion<sup>6</sup> ou de manière positive en encourageant la recherche d'aide. Il est important d'élaborer des procédures opérationnelles normalisées pour faire face aux cas de suicide, de travailler en étroite collaboration avec les médias, de gagner la confiance du public et de communiquer avec la population touchée.

.....

<sup>6</sup> Il y a contagion du suicide lorsqu'un ou plusieurs suicides sont signalés d'une manière qui contribue à un autre suicide.



### Au lieu de cela

Gros titres ou titres sensationnalistes, ou placement proéminent

Inclure des photos/vidéos du lieu ou de la méthode de décès, de la famille en deuil, des amis, des commémorations ou des funérailles

Décrire les suicides récents comme une « épidémie », une « montée en flèche » ou d'autres termes alarmistes

Décrire un suicide comme inexplicable ou « sans avertissement »

« Monsieur X a laissé une lettre de suicide disant... »

Enquêter et rendre compte des suicides comme on le fait pour les crimes

Citer/interroger la police ou les premiers intervenants sur les causes du suicide

Se référer au suicide comme étant « réussi », « non réussi » ou une « tentative ratée »



### Faites ceci

Informez le public sans sensationnaliser le suicide et minimisez l'importance de l'information

Utiliser la photo de l'école, du travail ou de la famille ; inclure le logo du service d'aide d'urgence et des informations sur l'endroit où demander de l'aide

Étudier soigneusement les données les plus récentes des CDC ou d'autres organismes de santé publique et utilisez des termes non sensationnels tels que « hausse » ou « plus élevé »

La plupart des personnes qui meurent par suicide, mais pas toutes, présentent des signes avant-coureurs (mais les personnes qui les entourent ne sont pas formées pour les reconnaître).

« Une note du défunt a été trouvée et est examinée par le médecin légiste »

Faire rapport sur le suicide en tant que problème de santé publique

Demander conseil à des experts en prévention du suicide

Décrire comme « mort par suicide »

Ressources suggérées : [Reporting on Suicide - SAVE](#)

## Do you need help?

### Here you can find:

- Information and confidential one-to-one counselling on services available
- Emotional support and counselling
- Support to children and families
- Space for children and young people
- Space for young people
- Support for young people



All hum

© HCR/Tarik Argaz

## 16 :

## EFFECTUER UN DÉBRIEFING OPÉRATIONNEL/UNE ÉVALUATION POST-INCIDENT

*Un décès par suicide survenant dans un camp de réfugiés ou une installation est un événement qui a souvent un impact considérable sur toutes les personnes impliquées dans l'incident et ses conséquences. Chaque incident, aussi triste soit-il, offre également l'occasion d'apprendre ce qui s'est passé et ce qui peut être fait pour réduire le risque que cela se reproduise.*

Un débriefing opérationnel (également appelé évaluation post-incident) encourage une discussion ouverte, positive et constructive et constitue un élément essentiel de l'évaluation et de l'amélioration de la réponse au suicide et des efforts de réduction des risques. Il devrait (idéalement) être réalisé immédiatement après un décès par suicide ou une tentative de suicide. L'objectif du débriefing opérationnel est d'améliorer la qualité des protocoles d'intervention en cas de suicide et des programmes de santé mentale afin de prévenir la mortalité future et d'identifier des actions visant à prévenir les lacunes futures dans l'accès à des services essentiels de santé mentale et de soutien psychosocial de qualité. L'objectif du débriefing opérationnel est d'identifier tout facteur de risque significatif et les données relatives aux circonstances dans les cas suspectés ou connus de suicide, ainsi que des informations générales sur la mortalité à utiliser dans le cadre des efforts de prévention, et non de déterminer d'éventuelles négligences ou responsabilités.

Après avoir analysé toutes les informations pertinentes, les personnes concernées doivent se mettre d'accord sur les principaux enseignements tirés du processus et s'engager à prendre des mesures qui amélioreront les efforts de prévention et de réduction des risques de suicide. Il est important de prendre en compte les leçons et les actions liées à la fois à la communauté et au système de santé. Essayer de formuler vos actions d'une manière **INTELLIGENTE**, avec des résultats spécifiques, mesurables, acceptables dans le contexte, réalistes et limités dans le temps.

**ENCADRÉ 18 :**

**Exemple de formulaire de débriefing opérationnel**

Date du débriefing (jj/mm/aa) : .....  
 Nom et titre de la personne chargée du débriefing : .....  
 Coordonnées (courriel/téléphone) : .....

<i>Nom du personnel et des autres personnes participant au débriefing</i>	<i>Personnel du HCR Nom(s) :</i>	<i>Personnel du partenaire de mise en œuvre Nom(s) :</i>
	<i>Membres de la famille Nom(s) :</i>	<i>Personnel de santé/SMSPS associé Nom(s) :</i>
	<i>Membres de la communauté Nom(s) :</i>	<i>Personnel de l'hôpital de référence Nom(s) :</i>
	<i>Agent de santé communautaire Nom(s) :</i>	<i>Autre(s) nom(s) :</i>

Détails du débriefing	Invitations à la discussion	Saisir les commentaires ci-dessous :
<p><b>FAITS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir les détails de ce qui s'est passé (qui, quoi, quand et où)</li> <li>Assurer une chronologie claire des événements et des détails complets sur les personnes associées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser des questions ouvertes</li> <li>Éviter de blâmer, d'accuser ou d'offrir des suggestions correctives</li> </ul>	
<p><b>RÉFLEXIONS</b></p> <p><i>L'occasion d'explorer et de réfléchir aux raisons de l'incident et à ce qui pourrait être fait différemment</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Facteurs de risque et/ou événements déclencheurs possibles</li> <li>Si des interventions de prévention ont été tentées :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce qui a bien fonctionné ?</li> <li>- Qu'est-ce qui n'a pas bien fonctionné ?</li> </ul> </li> <li>Discuter des enseignements tirés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permettre aux participants d'exprimer ce qu'ils ressentent</li> <li>Identifier les bonnes pratiques et les domaines à améliorer (en ce qui concerne les efforts de réponse)</li> <li>Rappeler au personnel qu'il peut être contacté si un soutien supplémentaire est nécessaire (et l'orienter en conséquence)</li> </ul>	

ENCADRÉ 18 : Exemple de formulaire de débriefing opérationnel (suite)

Détails du débriefing	Invitations à la discussion	Saisir les commentaires ci-dessous :
<p><b>ACTIONS CONVENUES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transformer les réflexions en actions pratiques</li> <li>• Fixer des attentes réalistes quant à ce qui peut être fait, et dans quel délai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer s'il existe des actions pertinentes pour le plan d'intervention et de réduction des risques de suicide de l'opération</li> <li>• Désigner une (des) personne(s) ou organisation(s) responsable(s) du suivi des actions convenues</li> </ul>	
<p><b>BOUCLE DE RÉTROACTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à ce que toutes les acteurs concernés concernées se tiennent mutuellement informées des retours d'information pertinents, en particulier sur les actions convenues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir compte des limites de la confidentialité et réfléchir à ce qui peut être partagé (par exemple, comment et où l'incident a été signalé)</li> </ul>	







**PLANIFICATION DE LA PRÉVENTION ET DE LA  
RÉDUCTION DES RISQUES DE SUICIDE DANS LES  
CAMPS DE RÉFUGIÉS**

.....

**Une boîte à outils pour une action multisectorielle**  
Version 2023 du test sur le terrain

