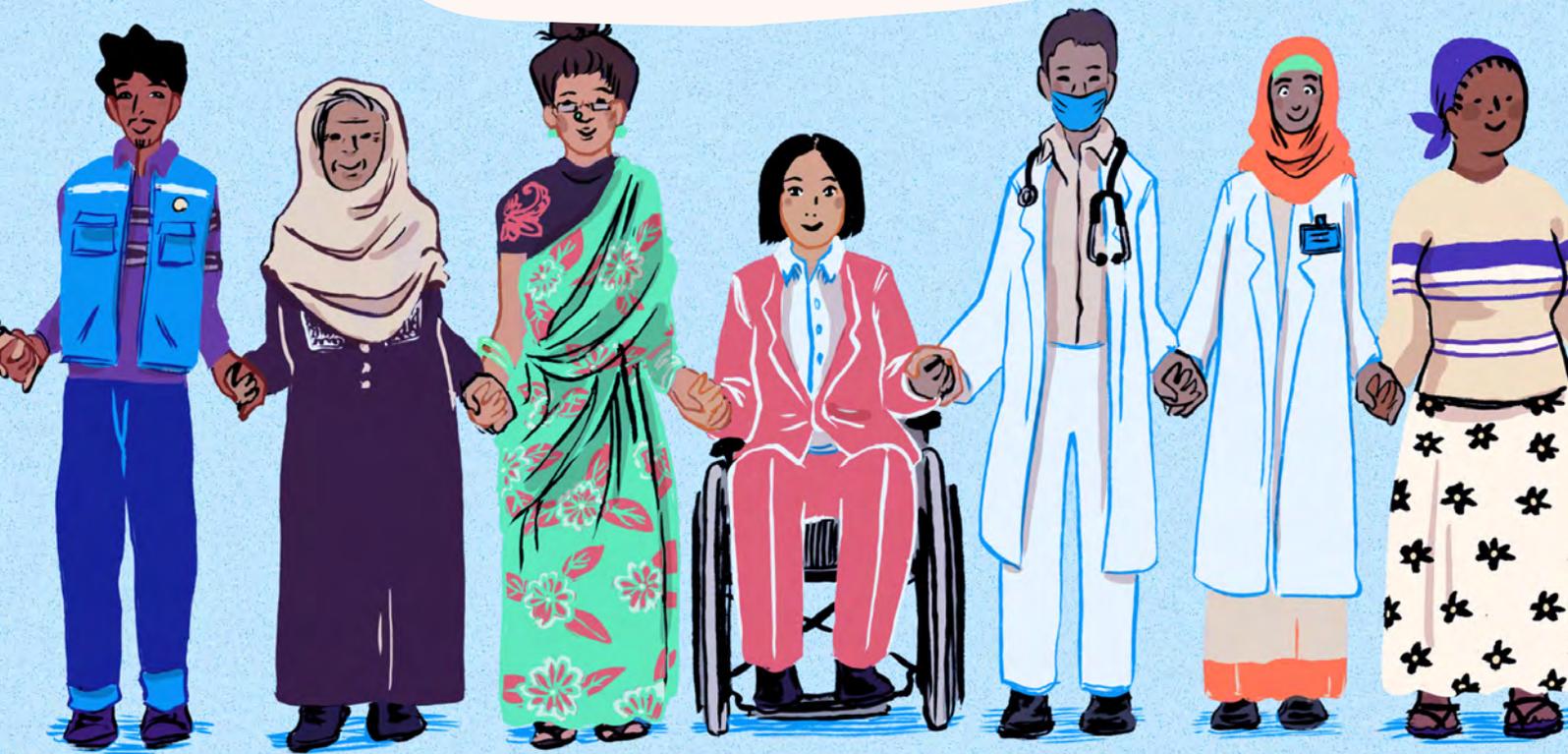




La lutte contre Le suicide dans Les contextes humanitaires

Note d'orientation



IASC Inter-Agency
Standing Committee

Citation suggérée :

Comité permanent interorganisations (CPI). Note d'orientation : La lutte contre le suicide dans les contextes humanitaires. CPI, Genève, 2022.



Traductions :

Toutes les traductions effectuées seront publiées sur le site Internet du GR SMSPS du CPI. Veuillez contacter le Groupe de référence pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) du CPI (mhps.refgroup@gmail.com) pour la coordination des traductions dans d'autres langues.

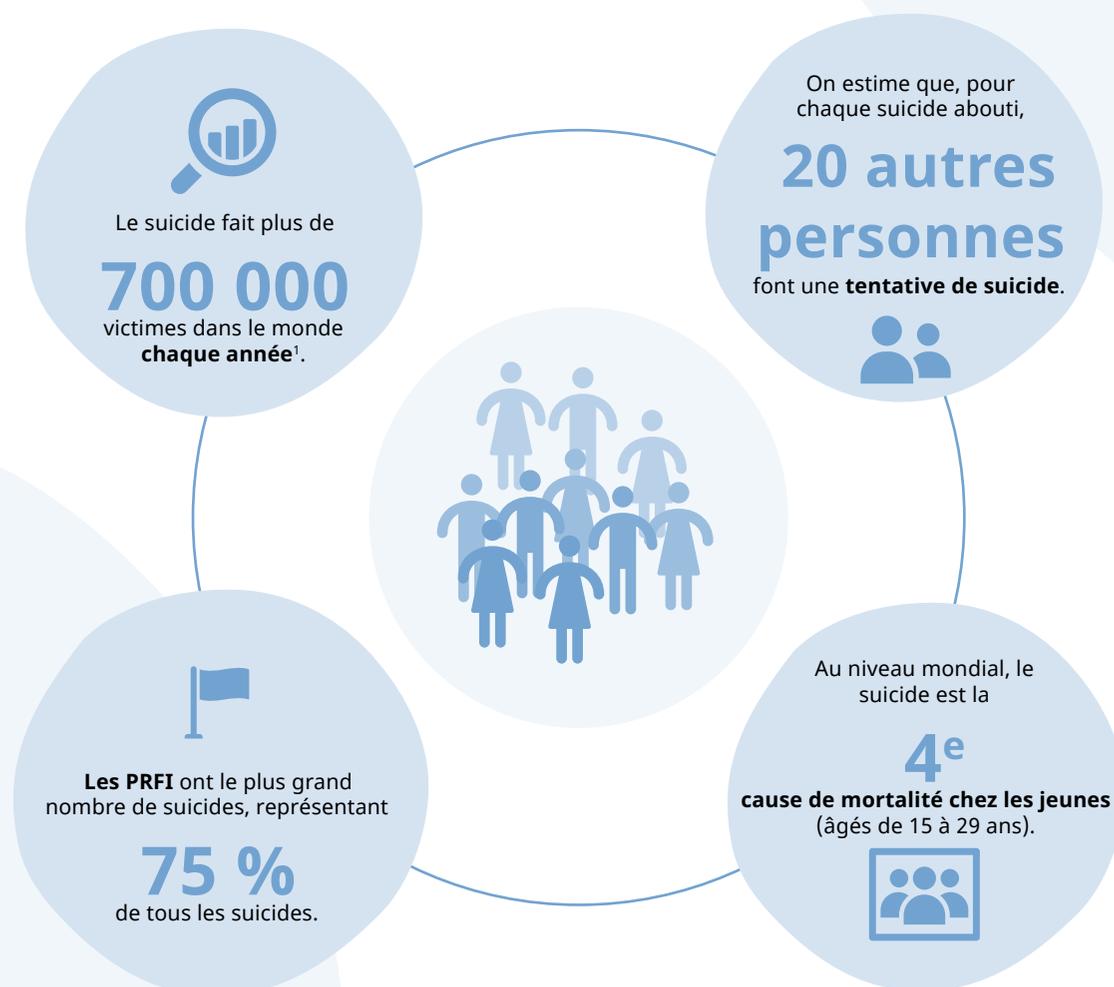
Si vous créez une traduction ou une adaptation de ce travail, veuillez noter que :

- Vous n'êtes pas autorisé à ajouter votre logo (ou celui d'un organisme de financement) au résultat final.
- S'il s'agit d'une adaptation (c.-à.-d. que vous modifiez le texte ou les images), l'utilisation du logo du CPI n'est pas autorisée. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que le CPI approuve une organisation, des produits ou des services particuliers.
- Votre traduction ou adaptation doit être publiée sous la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. La licence CC BY-NC-SA 4.0 ou 3.0 est recommandée. Une liste des licences compatibles est consultable à l'adresse suivante : <https://creativecommons.org/share-your-work/licensing-considerations/compatible-licenses>.
- Vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante dans la langue de la traduction : « Cette traduction/adaptation n'a pas été créée par le Comité permanent interorganisations (CPI). Le CPI ne saurait être tenu pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guidance Note: Addressing Suicide in Humanitarian Settings » : CC BY-NC-SA 3.0 IGO, constitue l'édition qui a force obligatoire et fait foi.

© IASC, 2022. Le présent document a été publié sous la licence Creative Commons « Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 Organisations Internationales » (CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Suivant les termes de cette licence, vous pouvez reproduire, traduire et adapter cette publication à des fins non commerciales, pour autant que cette publication soit citée de manière appropriée.

Introduction :

La lutte contre le suicide dans les contextes humanitaires



Les urgences humanitaires ont tendance à se dérouler le plus souvent dans des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), qui peuvent être moins bien équipés pour prévenir et répondre au suicide, étant donné qu'ils ont des ressources humaines et des allocations budgétaires plus limitées pour les services de santé mentale et les systèmes de signalement adéquats, et une sensibilisation limitée à la santé mentale au niveau communautaire.

En outre, les populations touchées par les urgences humanitaires peuvent être confrontées à des facteurs de stress contextuels susceptibles d'accroître le risque de suicide, tels que les difficultés économiques, la perte de

ressources, la violence et les abus, et l'isolement social. Parallèlement, l'accès au soutien familial et aux soins de santé mentale peut être limité et la stigmatisation des personnes souffrant de problèmes de santé mentale est omniprésente.

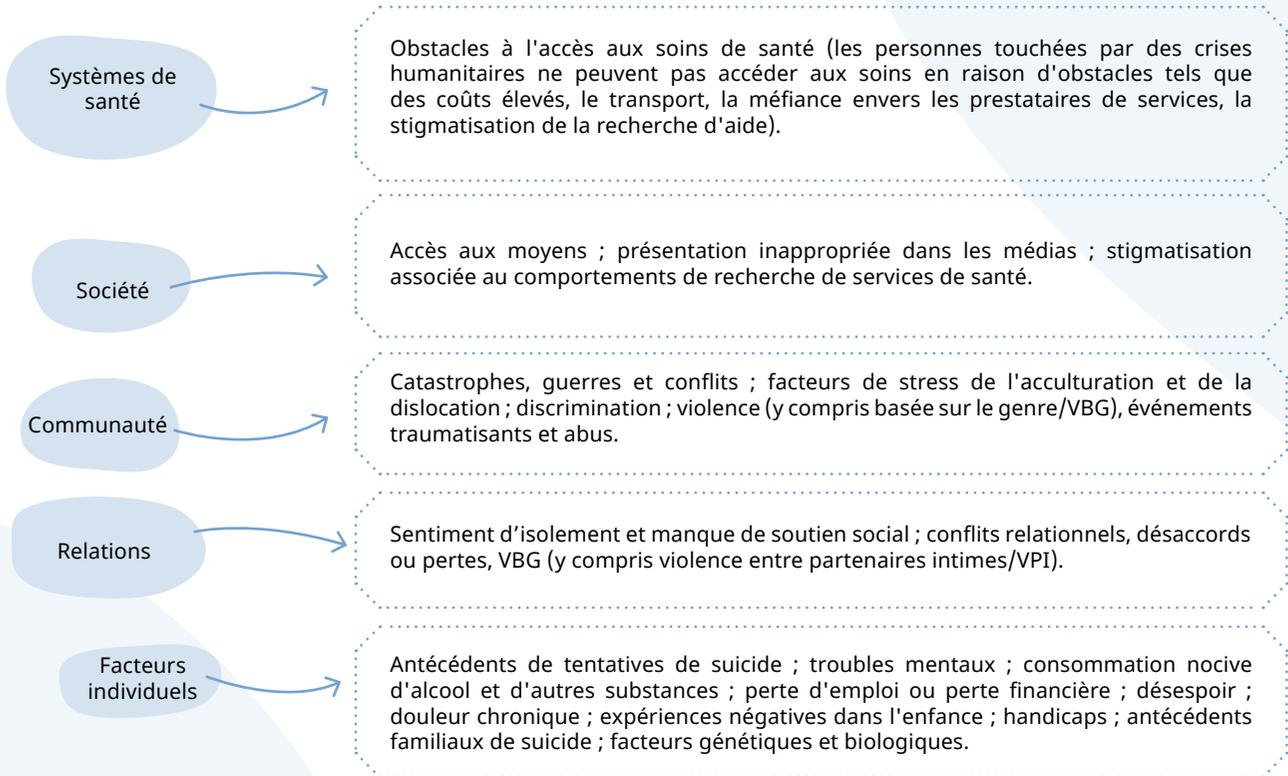
Il est également nécessaire de disposer davantage de données et de recherches sur le risque de suicide dans ces contextes, ainsi que sur la prévention et postvention (ensemble des interventions déployées après un suicide) efficaces du suicide pour les populations touchées par des situations d'urgences dans les PRFI².

1. Organisation Mondiale de la Santé (2021). *LIVE LIFE: Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays.*
2. *Ibidem*

Facteurs de risques et de protection

Dans une population touchée par une crise, certains individus peuvent songer à mettre fin à leur vie. Beaucoup peut être fait pour réduire les risques qu'une personne ait recours à l'automutilation ou au suicide et pour identifier les personnes à risque. Les facteurs de protection et de risques peuvent exister à différents niveaux, y compris au niveau individuel, relationnel, communautaire et social.

Résumé des facteurs qui impactent le risque de suicide³



Chaque vie perdue est une tragédie, et les efforts de prévention du suicide sont essentiels pour sauver des vies. Les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies et le **plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030**⁴ comprennent un **objectif** de réduction d'un tiers du taux de mortalité par suicide dans le monde d'ici à 2030. Comme l'indique le dernier Atlas de la santé mentale de l'OMS (2020), les progrès réalisés à la fin de 2019 étaient une réduction de 10 % du taux de suicide depuis 2013.⁵

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2021). Composantes de LIVE LIFE⁶



L'OMS a formulé des directives mondiales pour aider les gouvernements à élaborer des stratégies nationales globales de prévention du suicide⁷, à faire participer les communautés à la prévention du suicide⁸, à mettre en place et entretenir des systèmes de surveillance de l'automutilation⁹ et à établir un modèle de santé publique pour la prévention du suicide. En 2021 l'OMS a lancée LIVE LIFE, un guide de mise en œuvre de la prévention du suicide¹⁰ au niveau national. Cette note d'orientation a été développée pour être cohérente avec LIVE LIFE, avec des adaptations et des considérations spécifiques pour les contextes humanitaires.

3. Adapté d'après : Organisation Mondiale de la Santé (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*.

4. Organisation Mondiale de la Santé (2021). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030*.

5. Organisation Mondiale de la Santé (2021). *Atlas de la santé mentale 2020*.

6. Organisation Mondiale de la Santé (2021). *LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays*.

7. Organisation Mondiale de la Santé (2018). *Stratégies nationale de prévention du suicide : progrès, exemples et indicateurs*.

8. Organisation Mondiale de la Santé (2019). *La prévention du suicide : Boîte à outils pour la mobilisation des communautés*.

9. Organisation Mondiale de la Santé (2016). *Manuel pratique pour établir et maintenir un système de surveillance pour les tentatives de suicide et l'automutilation*.

10. Organisation Mondiale de la Santé (2012). *Action de santé publique pour la prévention du suicide*.

Comment lire cette note d'orientation

Cette note d'orientation vise à soutenir les responsables de la mise en œuvre des programmes, les coordonnateurs et d'autres personnes dans les contextes humanitaires et rassemble un large éventail d'approches, d'outils, de documents de référence et d'exemples de cas. Le graphique ci-dessous peut être utilisé pour naviguer dans le contenu et pour sélectionner les sections les plus pertinentes à lire :

1. Coordination et évaluation interorganisations 6

À initier le plus tôt possible et avant de commencer à mettre en œuvre les activités du programme :

-  1.1. La coordination et collaboration entre plusieurs secteurs et parties prenantes..... 7
- 1.2. L'évaluation du contexte, des besoins et des ressources pour guider la programmation..... 12



2. Les composantes essentielles à chaque programme 18

À initier au début des activités du programme et à poursuivre :

- 2.1. Sensibilisation et plaidoyer 19
- 2.2. Surveillance, suivi et évaluation..... 23
- 2.3. Soins et bien-être du personnel et des bénévoles..... 27
- 2.4. Compétences du personnel et des bénévoles 28

3. Activités clés des programmes de prévention du suicide et d'intervention efficaces 30

Prioriser, sélectionner et planifier les activités du programme à partir du menu :

- 3.1. Réduire l'accès aux moyens de suicide..... 31
- 3.2. Assurer une communication et une couverture médiatique responsables..... 33
- 3.3. Renforcement des capacités des travailleurs de première ligne et des gardiens..... 35
- 3.4. Offrir des soins de santé mentale dans le cadre des services de santé généraux..... 40
- 3.5. Développer les compétences personnelles essentielles chez les jeunes 41

Exemples de terrain

Irak p. 10



Territoires palestiniens occupés p. 10



Frontière turco-syrienne p. 11



Soudan du Sud p. 21



Jordanie p. 21



Ukraine p. 21



Bangladesh p. 25



Irak p. 32



Bangladesh p. 33



Ouganda p. 38



Inde p. 38



Égypte p. 38



Ressources clés et orientations

LIVE LIFE [Organisation Mondiale de la Santé \(2021\). LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays.](#)

Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (2022). Ébauche : Prévenir le suicide et atténuer les risques de suicide dans les camps de réfugiés : Une boîte à outils multisectorielle pour les opérations du HCR.



[Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (s.d.). [Ressources pour la prévention du suicide.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (s.d.). [Apprentissage en ligne : Mobiliser les communautés en matière de prévention du suicide.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (s.d.). [Apprentissage en ligne : Prévenir l'automutilation et le suicide : des moyens pour les prestataires de soins de santé primaires.](#)

Centre de référence de l'IFRC pour le soutien psychosocial (2021). [La prévention du suicide.](#)

Centre de référence de l'IFRC pour le soutien psychosocial (2021). [Prévention du suicide pendant la COVID-19.](#)

OMS (2021). [OMS Journée mondiale de la santé mentale 2021. Messages clés à propos du suicide.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2019). [Guide d'intervention mhGAP - Version 2.0 : pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances dans les structures de santé non spécialisées. Orienter les travailleurs de la santé non spécialisés dans l'évaluation et la prise en charge du suicide et de l'automutilation](#)



CPI (2007). [Directives du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence](#)





1.

Coordination et évaluation interorganisations





1.1. Coordination et collaboration entre plusieurs secteurs et parties prenantes

Pourquoi ?

Le suicide est une question compliquée et les efforts de prévention dans les contextes humanitaires nécessitent la **coordination et la collaboration entre de multiples secteurs et parties prenantes** pour être efficaces. L'échange d'expériences et d'expertise entre les personnes travaillant dans de multiples secteurs et travaillant efficacement avec ce qui est déjà disponible ¹¹ (par exemple, l'identification des mécanismes et des pratiques d'intervention communautaires existants, l'intégration de la prévention du suicide dans d'autres programmes tels que les services de santé mentale dans le cadre des soins de santé généraux, les réponses à la VBG, la gestion des cas, les espaces sûrs et la protection de l'enfance (PE) et les initiatives pour aider les personnes handicapées) garantit que les initiatives sont exhaustives, bien intégrées et plus susceptibles d'atteindre les objectifs visés¹².

Comment ?

La coordination et la collaboration constituent des **éléments clés de toutes les activités de la prévention du suicide**. Identifier les **groupes de travail ou de coordination existants** et décider de : • rejoindre et/ou coordonner un groupe existant qui se concentre sur la prévention du suicide, • soutenir l'inclusion de la prévention du suicide dans un groupe existant (groupes de travail techniques de la SMSPS ou groupe de travail sur la santé mentale dirigé par le gouvernement), • diriger ou soutenir la création d'un nouveau groupe qui se concentre sur la prévention du suicide.

Lorsque vous parlez du suicide et de la prévention du suicide, veuillez à utiliser les mots justes

Langage à utiliser

Suicide ou comportement suicidaire, personne décédée par suicide

Décrire comme « décédé(e) par suicide » ou s'est ôté(e) / se sont ôtés(ées) la vie »

Décrire des moyens précis pour chercher de l'aide et les ressources disponibles

Présenter des faits sur le suicide sans faire de spéculations

Langage à éviter

« Se suicider » (cette expression sous-entend un acte criminel ou immoral qui peut accroître la stigmatisation et décourager les personnes à chercher de l'aide)

Parler du suicide comme « réussi », « accompli », « raté » ou « tentative échouée »

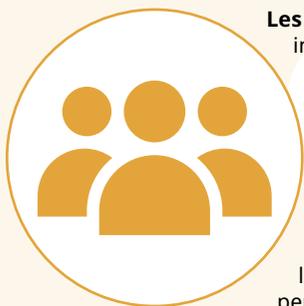
Décrire ou ajouter une image pour illustrer la méthode de suicide utilisée

Décrire le suicide en utilisant des termes à sensation ou en le présentant sous un jour séduisant

11. Organisation Mondiale de la Santé (2021). *LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays*.

12. Kolves K, Fitzgerald C, Nordentoft M, Wood, SJ, Erlangsen, A. (2021). *Évaluation des comportements suicidaires chez les personnes atteintes de troubles du spectre autistique au Danemark*. *JAMA Network Open*. 4(1):e2033565.

Qu'est-ce que les parties prenantes doivent prendre en compte ?



Les approches multisectorielles

incluent plus d'un secteur, comme la santé, l'éducation, la protection sociale, la protection, l'agriculture, les affaires religieuses, le droit et la défense. Dans des contextes humanitaires, il peut s'agir de ministères supervisant l'aide aux réfugiés, aux migrants et aux personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (PDI) ou de personnel chargé de la gestion des catastrophes, il doit inclure des groupes

de coordination ou des clusters pertinents tels que la santé, la protection, l'éducation, les logements, les moyens de subsistance et autres.

Les approches **multipartites** comprennent la collaboration avec les parties prenantes de la communauté, les organisations non gouvernementales (ONG) et les personnes des communautés touchées, y compris celles qui ont une expérience vécue des problèmes de santé mentale. Il est toujours utile d'obtenir des retours de commentaires de la part de personnes **considérées comme des dirigeants et experts**

par la communauté, plutôt que de celles qui sont nommées dirigeantes par, et pour, les structures d'intervention humanitaire. Lorsqu'il y a une stigmatisation de la santé mentale, ces partenaires « initiés » peuvent participer à des discussions de sensibilisation afin de fournir des informations et démystifier les mythes concernant le suicide.

Les jeunes et ceux qui travaillent avec les jeunes, notamment les conseillers scolaires, les infirmiers(ères), les acteurs de santé locale et de protection, les clubs sportifs et les associations de jeunes, doivent faire partie de l'élaboration et de la revue des interventions, des campagnes de sensibilisation et des structures d'intervention. Les parents et les personnes ayant la charge d'enfants doivent aussi être impliqués. Les jeunes peuvent jouer un rôle crucial pour mobiliser leurs camarades et ils pourraient être inclus dans les activités en tant que porte-paroles, conseillers, formateurs et mentors de leurs camarades.

Un **état des lieux des parties prenantes** (créer un tableau présentant les rôles des diverses parties prenantes, expertise / ressources et réseaux) pourrait aider à clarifier les motivations, les compétences et les chances d'avoir d'éventuelles parties prenantes communautaires.



Groupes de Travail Technique sur la Santé mentale et soutien psychosocial (GTT de la SMSPS)¹³

Les GTT de la SMSPS qui travaillent dans tous les secteurs doivent être mobilisés dans les contextes où ils sont disponibles et où ils peuvent apporter de l'aide. Les GTT de la SMSPS peuvent :

- ◇ Aider à la **mobilisation des parties prenantes** (faire la liaison avec les gouvernements et avec certains groupes humanitaires ou domaines de responsabilités (AoR), veiller à ce que les besoins des groupes, tels que ceux touchés par la VBG et les personnes handicapées soient pris en compte) ;
- ◇ Animer un **groupe de travail ou un sous-groupe de travail axé** sur un thème précis consacré à la prévention du suicide pour mener, coordonner des activités, et donner l'occasion d'accorder une attention particulière, de renforcer les capacités et de se coordonner ;
- ◇ **Recenser les services et le soutien disponibles** pour la prévention du suicide et les interventions, partager les résultats de ce recensement en soulignant les besoins et les lacunes et élaborer des annuaires des services ;
- ◇ Pour les **lacunes** qui ont été identifiées dans les évaluations / les analyses situationnelles, préparer des projets pour préconiser et coordonner la fourniture de services adéquats en cas d'intervention (notamment pour la gestion des crises) et le suivi ;
- ◇ Recenser les prestataires de service compétents et veiller à ce que la prévention du suicide et les actions d'intervention fassent partie de l'élaboration des plans **d'orientation et des organigrammes**. Les voies d'orientation doivent être clairement structurées et garantir la confidentialité dans le processus d'orientation ;
- ◇ Diffuser et promouvoir les **messages de plaidoyer** et aider à l'adhésion aux campagnes de sensibilisation de la part des acteurs dans divers secteurs qui participent ou collaborent au GTT de la SMSPS, de même qu'**animer des événements** liés aux campagnes à ce sujet ;
- ◇ Renforcer **surveillance, suivi et évaluation** et aider à trouver des organismes qui ont une capacité stable pour qu'ils hébergent les données obtenues par les activités de surveillance ;
- ◇ Animer et/ou coordonner les forums de discussion et de **renforcement des capacités** tels que les orientations, les formations ou les ateliers avec l'aide du sous-groupe de travail désigné et des partenaires opérationnels ;
- ◇ Aider à réaliser un **compte-rendu opérationnel après le suicide ou l'automutilation** en impliquant les parties prenantes compétentes afin de mieux comprendre les facteurs déterminants, en tirer des enseignements et préconiser les changements nécessaires ainsi que les efforts de prévention du suicide ;
- ◇ Assurer la **postvention** afin de soutenir les membres de la famille, les amis et les membres de la communauté qui sont affectés par le suicide ou l'automutilation.

13. [Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial.](#)



Exemples de terrain

En Irak, après 40 années de facteurs de stress dus à la guerre, aux sanctions et au conflit civil, l'augmentation du taux de suicide est devenue une crise de santé publique¹⁴. En juillet 2019, le GTT SMSPS national a formé un sous-comité afin de coordonner les divers efforts de prévention du suicide. Le sous-comité est présidé par une organisation locale, Azhee, soutenue par l'Organisation internationale pour les migrations en Irak (OIM Irak). **Azhee a organisé en septembre 2019 la première conférence sur la prévention du suicide.** Suite aux groupes de travail durant cette conférence, l'OIM a aidé les intervenants du gouvernement à élaborer la première ébauche de la stratégie nationale de prévention du suicide qui est actuellement en cours d'être révisée et ratifiée par le gouvernement irakien¹⁵.



Dans les territoires palestiniens occupés, la population est confrontée aux impacts psychologique de la crise humanitaire qui y sévit ainsi qu'à la stigmatisation liée au suicide. Le Comité national pour la prévention du suicide a été créé en 2018. Il est composé de représentants du Ministère de la santé, du Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur, du Ministère des affaires religieuses (Awqaf), du bureau du procureur général, de l'unité de protection de la famille de la police et de l'office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), de l'OMS ainsi que d'ONG internationales et nationales. Le comité a décrété qu'il y avait besoin d'urgence d'une stratégie complète multisectorielle sur la prévention du suicide ; une stratégie nationale pour la prévention du suicide, couvrant la période de 2021 à 2026, a été élaborée. **Les objectifs stratégiques comprennent une surveillance efficace des taux de suicide afin d'améliorer l'identification des personnes à risque, notamment les enfants et les jeunes, ainsi que des tendances dans les comportements suicidaires. Ils comprennent aussi l'amélioration de la précision des enregistrements des**

cas et des décès dans les hôpitaux, la formation du public et des professionnels de santé, ainsi que des gardiens tels que les dignitaires religieux, à l'identification de tout signe d'idées suicidaires ainsi que des facteurs de risque. Enfin, un autre but est de résoudre la stigmatisation qui peut peser sur le suicide dans les établissements de santé et d'éducation. La stratégie nationale identifie aussi le besoin que les individus, les organisations et leurs éventuelles contributions telles que la police, les écoles, les membres de la famille, les médias, les dignitaires religieux et le personnel travaillant dans les établissements de soins fassent un effort de collaboration¹⁶.

14. Organisation Mondiale de la Santé. *Le nombre croissant de suicides en Irak inquiète les experts de la santé publique en pleine pandémie de COVID-19*

15. Marzouk HA (2021). *Organisation internationale pour les migrations en Irak, programme d'activités de soutien mental et psychosocial, et de prévention du suicide. Intervention. 19(2):255-260.*

16. Jabr S, Helbich M (2021). *Le processus d'élaboration d'un plan national de prévention du suicide dans un contexte de violence politique. Intervention 19:208-14.*



Exemples de terrain

À la frontière turco-syrienne, des efforts de collaboration ont été entrepris par l'équipe OMS de Gaziantep à travers le GTT de la SMSPS pour mener une analyse situationnelle qui a révélé une augmentation des suicides dans le nord-ouest de la Syrie. Le GTT a mis en place un groupe de travail afin de donner la priorité aux efforts de prévention et d'intervention, notamment un atelier de renforcement des capacités afin que les personnes travaillant dans les secteurs psychosociaux, de soins de santé et de protection reçoivent la formation et l'encadrement pour y répondre efficacement. L'OMS a mis au point et diffusé des formations et de l'encadrement sur la prévention du suicide et l'intervention auprès de spécialistes supplémentaires de la SMSPS. L'atelier de formation des formateurs a été mené par The MHPSS Collaborative et l'OMS pour former 21 spécialistes de la SMSPS parlant l'arabe. **Formateurs et stagiaires ont élaboré ensemble un plan d'intervention en cas de suicide adapté au contexte, basé sur des données et sur le retour de commentaires d'experts.** Ce plan comprend des procédures opérationnelles standardisées, le consentement pour l'utilisation des services et des informations, des questions d'évaluation sur le suicide et l'automutilation afin de déterminer les niveaux de risque, un arbre de décision pour indiquer les mesures à prendre, ainsi qu'un modèle de plan pour assurer la sécurité de l'individu. Un tableau a été conçu présentant clairement les niveaux de risque, les orientations vers d'autres services et les actions suivant le niveau de risque que les prestataires doivent prendre en compte pour intervenir efficacement, ainsi que des informations sur quand contacter un superviseur. Le plan d'intervention a été intégré dans la formation des travailleurs de première ligne et utilisé comme cadre afin d'être introduit dans les services existants de la SMSPS, notamment le recensement des services pour les orientations.



Ressources clés et orientations : coordination et collaboration entre plusieurs secteurs et parties prenantes

Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays. Partie A : Pilier essentiel de LIVE LIFE : Collaboration multisectorielle.](#)



[Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. Activités PMS 1.1 coordonner la SMSPS au sein, et parmi les secteurs. 2.1 concevoir, planifier et coordonner les programmes de SMSPS.](#)





1.2. Évaluation du contexte, des besoins et des ressources afin de guider l'élaboration de la programmation

Pourquoi ?

Une évaluation rapide ou une analyse situationnelle peut fournir des historiques clés au sujet du suicide et de la prévention du suicide pour un pays, une région ou une communauté touchée. Il est essentiel d'informer **les activités de planification spécifiques au contexte** concernant la prévention du suicide, de garantir leur **efficacité** et d'intervenir dans les contextes humanitaires qui en ont **le plus besoin**.

Comment ?

Déterminer **s'il existe des analyses situationnelles ou d'autres évaluations** (p.ex. menées par les pouvoirs publics ou des acteurs humanitaires) qui sont axées sur, ou incluent, des informations sur le suicide et l'automutilation. Viser à utiliser autant que possible les informations existantes avant de collecter de nouvelles informations.

Habituellement, les analyses situationnelles et les évaluations rapides dans les contextes humanitaires sont axées sur :

Comprendre le **contexte du pays** (législation, plans nationaux)

Comprendre les **perceptions, les expériences et les attitudes** de la population cible à propos du suicide

Recenser les **capacités et les ressources** au sein des communautés visées, ainsi que les services existants de santé, de santé mentale et de protection ou d'aide sociale

Recueillir des **points de vue** sur les lacunes et les opportunités de la programmation actuelle



Réaliser des études précises et efficaces nécessite une planification rigoureuse ainsi que suffisamment de ressources et d'expertise pour rassembler, stocker and analyser les données. Dans les contextes humanitaires, il est difficile de satisfaire de telles demandes, et en général nous ne recommandons pas que les études soient utilisées comme un outil de base pour collecter des informations sensibles au sujet des pensées et des comportements suicidaires.

- › Les méthodes, outils et questions mentionnés ici peuvent être utilisés dans une **analyse situationnelle ou une évaluation spéciale pour la prévention du suicide** ; ils peuvent aussi faire partie d'une **évaluation plus large et plus générale de la SMSPS**.
- › Une analyse situationnelle / évaluation rapide a pour but principal de réunir les informations essentielles qui sont nécessaires pour planifier les étapes suivantes. Nous recommandons qu'elle soit menée à bien **en quelques semaines**.
- › Le personnel et les bénévoles qui recueillent des données sur la SMSPS auprès des populations affectées doivent savoir comment respecter les principes éthiques et les conseils de sécurité, et mettre en œuvre les compétences de base nécessaires pour mener un entretien. Ils doivent tous disposer de **compétences de base en soutien psychosocial** (y compris pour l'orientation vers d'autres services).
- › La **coordination** est nécessaire entre les **parties prenantes** et les groupes compétents (p.ex. les GTT de la SMSPS, des groupes d'études spécifiques, voir aussi la section 1.1) afin de s'assurer que la collaboration soit cohérente et efficace au sein des activités de prévention du suicide.
- › Tous les **rapports doivent être disponibles** auprès du GTT de la SMSPS et d'autres groupes compétents afin d'éviter la redondance et d'éclairer l'intervention humanitaire.



Cadres politiques et juridiques, stratégies et plans nationaux

Questions d'évaluation

Quelle est la **législation** dans le pays concernant le suicide et le signalement obligatoire ?

Y a-t-il une **stratégie nationale** (avec un budget spécifique) consacrée à la **prévention du suicide** ?

Est-ce que la prévention du suicide est mentionnée dans d'autres **plans pertinents** tels que des plans concernant la santé mentale, la consommation d'alcool et de drogue ou les maladies non transmissibles ?

Les populations touchées par l'urgence humanitaire sont-elles incluses dans ces plans ?

Méthodes et outils pour recueillir des informations

Discussions et entretiens avec les informateurs clés
(p.ex. avec le gouvernement, les Nations Unies, les GTT de la SMSPS)

Recherche documentaire et analyse documentaire des plans et des stratégies nationaux ; voir aussi les liens de l'OMS avec les stratégies nationales¹⁷ et la MINDbank de l'OMS¹⁸.

Considérations clés

- Quel est le **statut juridique** du suicide, des tentatives de suicide et quelles sont les conséquences juridiques pour les personnes (p.ex. condamnations judiciaires) ?
- Le cas échéant, où en est-on de la **dépénalisation** du suicide, des tentatives de suicide et d'autres actes tels que l'automutilation ?
- Quelle est la législation nationale au sujet du **signalement obligatoire et de l'hospitalisation psychiatrique** (p.ex. des personnes qui ont dit vouloir mourir) ?
- Existe-t-il des **législations ou des politiques concernant la prévention du suicide** (p.ex. les services de santé mentale, réduire l'abus nocif de l'alcool et des stupéfiants, l'emploi, la couverture sanitaire universelle / l'assurance maladie universelle, les services sociaux) ?
- Quelles activités de prévention du suicide sont **incluses et priorisées dans les stratégies et les plans nationaux** ?
- Quelles activités nationales actuelles de prévention du suicide peuvent être utilisées, adaptées ou étendues aux **populations touchées par la situation d'urgence** ?
- Veillez à ce que les services soient accessibles à tous les groupes y compris les migrants qui sont souvent plus vulnérables à cause de la langue, du fait qu'ils sont exclus du régime de santé national ou d'autres barrières.

17. Organisation Mondiale de la Santé (2018). *Stratégies nationale de prévention du suicide : progrès, exemples et indicateurs*.

18. Organisation Mondiale de la Santé (s.d.). *MiNDbank de l'OMS : Il y a besoin de davantage d'inclusion en matière d'incapacité et de développement*.

Données disponibles dans le contexte humanitaire

Questions d'évaluation



Quelles sont les données et les autres informations disponibles sur le suicide et l'automutilation ?

Est-ce que certains profils de groupes de personnes dans le contexte humanitaire sont plus **à risque** (par exemple un certain genre, âge, groupe d'âge, groupe ethnique ou des personnes dans des lieux géographiques spécifiques) ?

- › Nombre de **décès** par suicide
- › Nombre ou étendue des incidents **d'automutilation**
- › **Les méthodes** de suicide et de tentatives de suicide (immolation)
- › **Les informations démographiques** des personnes (sexe, âge, zone géographique)
- › Les **facteurs** présumés de **risque** ou **qui mènent au suicide** (y compris les facteurs de stress)
- › Les soutiens et les **interventions** reçus (dans un établissement de soins de santé ou dans d'autres établissements)
- › Qualité et fréquence des **reportages dans les médias**.

Considérations clés

- Comment les suicides sont-ils **constatés**, et par qui ? Étudier comment les constatations peuvent affecter les signalements de suicide et la qualité des données disponibles ainsi que les insuffisances de signalements éventuelles (associées à la stigmatisation, au cadre juridique).
- Comment et par qui les suicides et les automutilations sont-ils **enregistrés et signalés** ? Existe-t-il un système de localisation informel dans les pays où le suicide est criminalisé ?
- Selon quelles variables les données sont-elles **ventilées** ?
- **Obtenir des données selon :**
 - a) le contexte (national, régional, district, services aux hospitalisés, les services d'urgence, les centres de détention, les camps de réfugiés, etc.) ;
 - b) les groupes de population (l'ensemble de la population et ventilées par sexe, groupes d'âge, groupes ethniques, groupes religieux, statut de migrant, urbain, rural, statut socio-économique, personnes ayant des problèmes de santé mentale ou des personnes handicapées).
- **Calculer les taux** (de décès ou de cas pour 100 000) en plus des chiffres pour identifier les sous-populations qui ont été touchées de manière disproportionnée.
- Revoir les données sur plusieurs années afin **d'identifier les tendances**.

Méthodes et outils pour recueillir des informations

Étude documentaire et analyse des sources de données disponibles (systèmes d'information sanitaire, registres de mortalité, systèmes de surveillance de la protection tels que proGres V4, données cumulatives du système de gestion de l'information sur la VBG (GBVIMS), systèmes de protection de l'enfance).

Discussions et entretiens avec les informateurs clés parmi les membres de la communauté et les prestataires de services (prestataires de services de santé mentale, professionnels de la santé formés à la santé mentale, personnel de santé généraliste travaillant dans les unités d'urgences, agents des services sociaux et prestataires de services de protection, y compris les spécialistes de la VBG et de la protection de l'enfance).

Informations sur les tendances dans le contexte humanitaire

Questions d'évaluation

Quelles sont les **méthodes de suicide les plus répandues** ?

Est-ce que les méthodes de suicide les plus répandues sont aisément **disponibles ou accessibles** ?

Les populations touchées sont-elles **géographiquement proches** de lieux de concentration potentiels ?

Méthodes et outils pour recueillir des informations

Entretiens avec les informateurs clés et groupes de discussion.
Examen des données (IMS et les systèmes de gestion des données opérationnelles de la de SMSPS).

Considérations clés

- Y a-t-il des **lieux particuliers** où ont eu lieu des suicides (rivières, voies de chemin de fer, ponts ou des immeubles de grande hauteur) ?
- Les **populations touchées** sont-elles géographiquement proches de ces lieux ?

Les perceptions de la communauté

Questions d'évaluation

Quels sont les **sentiments de la communauté** au sujet du suicide et de la prévention du suicide parmi les populations touchées et les prestataires de service (connaissance, stigmatisation, attitudes culturelles et religieuses) ?

Quels moyens de **faire face et de chercher de l'aide** sont disponibles pour les personnes ayant des pensées suicidaires et/ou des problèmes de santé mentale graves (dépression), et quels **obstacles** celles-ci doivent-elles surmonter pour se faire soigner ?

Méthodes et outils pour recueillir des informations

Étude documentaire
(y compris la littérature des spécialistes des sciences sociales et des anthropologistes).

Discussions avec les prestataires de service servant les populations affectées.

Entretiens avec les informateurs clés et groupes de discussion avec les membres de la communauté et les prestataires de service (ils peuvent être l'ensemble des membres de la communauté ou des groupes choisis pour cette raison, tels que les gardiens, le personnel de soins de santé et d'aide sociale, le personnel éducatif, la police, les dignitaires spirituels, les guérisseurs traditionnels, les personnes qui représentent les groupes à risque, les représentants des médias, les survivants de comportement suicidaire et les membres de famille de personnes qui sont décédées par suicide).

Considérations clés

- Étudier les **obstacles** (p.ex. la connaissance, les attitudes) auxquels on peut faire face lorsque l'on se prépare à réaliser des activités et élaborer des **solutions** pour résoudre ces obstacles.
- Étudier comment s'appuyer sur les **ressources existantes** et les moyens de faire face.



Ressources et soutiens disponibles

Questions d'évaluation

Quel est le statut de la **mise en œuvre** planifiée ou en cours des **interventions** efficaces de prévention du suicide ou des **piliers** par le gouvernement ou les acteurs humanitaires ? (voir OMS (2021). LIVE LIFE)

Est-ce que les prestataires de soins de santé sont **formés** pour prendre en charge les **urgences médicales** liées au suicide (grave intoxication provoquée par des pesticides) ?

Quels **services et soutiens adaptés** (formels et non formels) sont disponibles et accessibles aux personnes qui risquent de se suicider ou aux personnes endeuillées par un suicide (services spécialisés de santé mentale, prestataires généraux formés à l'évaluation et à la prise en charge du suicide, tout autre personnel de santé, agents des services sociaux ou agents communautaires compétents formés au soutien psychosocial de base et à l'orientation) ?

Existe-t-il actuellement des **initiatives pour le renforcement des capacités** pour la détection précoce, l'évaluation, la prise en charge et le suivi, y compris pour le personnel local, régional, éducatif, de santé et de sécurité ?

Quels sont les **obstacles que rencontrent les professionnels de santé et apparentés** dans leurs prestations de détection précoce, d'évaluation, de prise en charge et de suivi ou lors du signalement d'une automutilation ?

Existe-t-il des **groupes ou des associations pour les utilisateurs de services et / ou pour des personnes qui ont vécu cette expérience**, et quel soutien apportent-ils ?

Quels sont les **capacités et les lacunes actuelles, en termes de connaissances et de compétences**, (p.ex. parmi les professionnels de la santé, de l'aide sociale, de l'éducation, de la justice, parmi les groupes d'utilisateurs de services) pour remédier au risque de suicide ?

Est-ce que les prestataires de soins de santé, la police ainsi que d'autres personnes qui répondent aux cas d'urgence de suicides ont été **formés pour réduire le risque imminent de suicide** (réduire l'accès aux moyens permettant de se suicider) ?

Est-ce que des **campagnes de sensibilisation** ont déjà été organisées à des niveaux nationaux et régionaux, et quel a été l'**impact** de ces campagnes ?

Les **services et le matériel disponibles** sont-ils accessibles et inclusifs pour tous les groupes de la population touchée par la crise humanitaire (l'information permettant d'accéder aux services est-elle disponible dans les langues pertinentes et dans différents formats, comme les documents faciles à lire et les fichiers audio) ?

Considérations clés

- Identification des **services existants (publics et privés)** (dans le secteur de la santé, la communauté et d'autres secteurs adaptés, les services d'assistance téléphonique ou les services de protection auprès des adultes et des enfants) et examen de la disponibilité, de l'adoption ainsi que de la qualité des services existants et de la manière dont ils peuvent être renforcés.
- Identification des **lacunes dans les services disponibles** et des problèmes d'accessibilité (notamment parmi certains groupes).
- Veillez à ce que les services et les documents soient disponibles dans les langues pertinentes afin qu'ils soient accessibles aux migrants et aux réfugiés qui ne parlent pas la ou les langue(s) du pays.
- Où sont les possibilités de **renforcer les capacités** ? Inclusion de formations pré-service et professionnelles ainsi que d'un développement professionnel continu.
- Où peut-on renforcer les **liens** et les **orientations** entre les services / les agents communautaires ?
- Quelles **parties prenantes** sont déjà en train de mettre en œuvre des activités de prévention du suicide ou de fournir des services et peuvent être **mobilisées** (voir aussi section 1.1) ?
- Quels acteurs sont déjà en train de mettre en œuvre ou **ont conçu du matériel de formation** sur lequel on pourrait se baser ?

Méthodes et outils pour recueillir des informations

Annuaire des services

Cartographie des 4W de la SMSPS (Qui fait **quoi**, **où** et **comment**)

Analyse des lacunes du PMS de la SMSPS

Discussions avec les **GTT de la SMSPS** et autres **groupes de discussion sur la coordination**.

Discussions avec le **personnel concerné** (professionnels de la santé, de la protection, de l'éducation, forces de sécurité/de police, agents de la protection sociale et fonctionnaires des ministères de l'éducation).

Discussions avec différents **représentants de la communauté** (jeunes, hommes, survivants de la VBG, personnes handicapées)



Ressources clés et orientations : évaluer le contexte, les besoins et les ressources afin de guider la programmation

Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays.](#)

LIVE LIFE [Partie A : Pilier essentiel de LIVE LIFE : Analyse situationnelle.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2014). [Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Encadré 8. Mener une analyse situationnelle : exemple de SWOT \(forces, faiblesses, opportunités, menaces\) \(p. 68\).](#)



Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. [Activités du PMS 1.2 évaluer les besoins et les ressources de la SMSPS afin de guider la programmation ; 2.1 concevoir, planifier et coordonner les programmes de SMSPS.](#)



CPI (2007). [Directives du CPI sur la Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Aide-mémoire 2.1.](#)

Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (2022). Ébauche : Prévenir le suicide et atténuer les risques de suicide dans les camps de réfugiés : Une boîte à outils multisectorielle pour les opérations du HCR. Cette ressource comporte une liste détaillée de suggestions d'outils et de modèles pour des analyses situationnelles / des évaluations rapides.

Exemple explicatif des analyses situationnelles axées sur, ou incluant, la prévention du suicide

Abbas MJ, Alhemiary N, Razaq EA, Naosh S, Appleby L (2018). [Étude nationale de l'Irak sur le suicide : Rapport sur les données du suicide en Irak en 2015 et en 2016.](#) *J Affect Disord.* 15(229):56-62.

International Medical Corps (2017). [Étude de cas sur la prévention du suicide à Porto Rico.](#)

De Lara M. (2019). [Analyse situationnelle menée par l'OMS à Gaziantep dans le nord-ouest de la Syrie \(données d'enquête en ligne\).](#)



2.

Les composantes
essentielles à chaque
programme

2.1 Sensibilisation et plaidoyer

Pourquoi ?

La **sensibilisation** afin de prévenir les suicides dans les contextes humanitaires est vitale pour attirer l'attention sur le suicide en tant que problème grave de santé publique et qui peut être évité, et atteindre à la fois les acteurs humanitaires et les populations touchées.

Le **plaidoyer** peut aider à créer une coordination multisectorielle, une allocation des ressources et une politique de développement plus efficaces afin d'améliorer les mesures de prévention du suicide et influencer les divers décideurs et responsables de politiques, ainsi que d'autres parties prenantes.

Comment ?

Envisager la participation de multiples **parties prenantes** telles que les médias, les ministères de la santé, les mécanismes de coordination humanitaire (y compris les GTT de la SMSPS, le cluster Santé, les AoR PE et VBG), les personnes ayant une expérience vécue, les représentants du public cible (jeunes, hommes, survivants de la VBG, personnes handicapées) ou les ONG et les influenceurs communautaires (dirigeants religieux ou communautaires, guérisseurs traditionnels, réseaux de soutien par les pairs des jeunes) ou les défenseurs de la santé mentale (célébrités pertinentes ayant vécu une expérience).

Les deux dates annuelles à noter pour la prévention du suicide sont :



La **Journée mondiale de la prévention du suicide (JMPS)** a été mise en place en 2003 par l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide (AIPS) avec le concours de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le 10 septembre de chaque année attire l'attention sur le problème, réduit la stigmatisation et sensibilise les organisations, le gouvernement et le public, en faisant passer le message que le suicide peut être évité.

La sensibilisation et l'élaboration de messages clés doivent faire participer les parties prenantes clés (voir la section 1.1), développer davantage les résultats de l'évaluation / de l'analyse situationnelle (méprises courantes, ressources disponibles : voir la section 1.2) et peut couvrir des sujets tels que :

- le suicide, ses **risques associés** et ses **facteurs de protection**
- **les signes avant-coureurs** et la **détection précoce** de comportements suicidaires (y compris les différences d'âge et de genre et les sous-groupes de population)
- soutenir les **groupes à risque**
- les **idées reçues** courantes
- **méthodes positives pour faire face** à la détresse psychologique et aux pensées suicidaires
- **comment aider** et soutenir les personnes qui ont des pensées et des comportements suicidaires
- le soutien de la postvention comprend des conseils pour **aider** les familles endeuillées.

veiller à ce que les messages soient **toujours positifs et pleins d'espoir**.

Il est essentiel de **donner des informations sur où et comment recevoir de l'aide** (informations sur les numéros d'urgence locaux de SMSPS, les centres de SMSPS ou les services locaux de santé mentale, services d'assistance téléphoniques pour la protection de l'enfance¹⁹).

19. Organisation Mondiale de la Santé (2018). *Prévention du suicide : un guide de mobilisation communautaire*.

Veiller à ce que le message soit adapté, qu'il réfute les mythes et idées erronées et qu'il utilise un langage qui ne soit ni à sensation, ni provocant. Tester tout d'abord les messages avec les groupes et personnes cibles qui ont vécu cette expérience (voir la section 1.1), superviser et évaluer étroitement comment les messages sont perçus et les adapter suivant les retours de commentaires.



Adapter les messages et les méthodes afin de veiller à ce qu'ils soient adaptés et accessibles auprès de la population cible dans un contexte humanitaire et étudier :

- les différents **groupes d'âge** (les adultes plus âgés préfèrent peut-être des méthodes de communication différentes de celles utilisées pour les adolescents) et de **genre** ;
- la **composition sociodémographique et linguistique** de la communauté (envoyer des messages dans les langues principales, des images et des messages représentatifs de la communauté en termes de race, de sexualité, de statut migratoire, de religion, etc.) ;
- l'**alphabétisation** de la population (messages verbaux ou visuels basés sur des images) ;
- suivant le contexte, il y a de nombreuses manières **d'atteindre les populations cibles** (réseaux sociaux, émissions de radio, événements et débats communautaires, dépliants publicitaires et panneaux publicitaires) ;
- **accessibilité et inclusivité** pour tous les groupes de la communauté, y compris les **enfants et les personnes handicapées et les survivants de la VBG** (p.ex., tenir compte des obstacles à la communication et veiller à ce que l'information et les documents soient disponibles dans des formats accessibles, faciles à lire et dans des langues pertinentes).

Intégrez les messages de sensibilisation et les messages clés dans les services et les soutiens disponibles auxquels les groupes à risque peuvent accéder, comme :

- les services de santé
- les activités de SMSPS menées par la communauté
- les activités de groupe pour la santé mentale et le bien-être psychosocial des enfants et des adolescents
- l'éducation formelle et informelle et les espaces d'apprentissage
- les services de protection, y compris les espaces sûrs pour les femmes et les filles
- les points d'enregistrement ou de vérification, les sites de distribution et les points de prestation de services.



Le plaidoyer est utilisé pour influencer le changement :

- ◇ augmenter les **financements** alloués aux mesures de prévention du suicide, y compris le financement de donateurs ;
- ◇ intégrer la prévention du suicide dans des **plans pour les écoles, les lieux de travail et les systèmes de santé** ;
- ◇ orienter les **politiques** (y compris la dépénalisation du suicide), les ressources et le soutien pour les groupes vulnérables ;
- ◇ des actions de prévention **du suicide** spécifiques (voir la section 3.1 sur la réduction des accès aux moyens et la section 3.2 sur la communication responsable et la couverture médiatique) ;
- ◇ des actions qui aident à garantir une **réponse humanitaire** visant à réduire la détresse et à promouvoir la santé mentale, le bien-être et le soutien aux populations touchées.



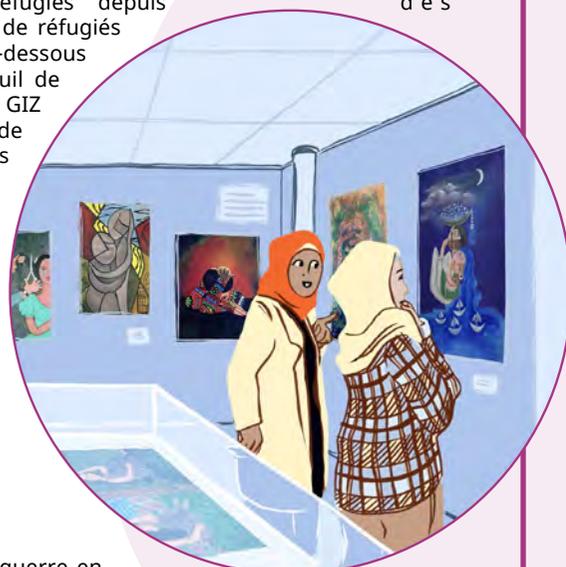


Exemples de terrain



Soudan du Sud, cinq ans après la guerre civile et alors que le pays est frappé par une grave pénurie alimentaire, **l'OIM a soutenu un programme où des spectacles de musique et de théâtre étaient diffusés sur les stations radio locales**. L'objectif était de promouvoir des mesures de prévention du suicide et de renforcer la sensibilisation de la population à des gestes ou actes simples, comme contacter une personne pour savoir si elle va bien, aider les autres à exprimer leurs inquiétudes ou offrir une écoute attentive. Les messages clés de prévention du suicide ont été mis au point par l'OIM et diffusés pour éduquer et sensibiliser les membres de la population à la prévention du suicide, tout en réduisant la stigmatisation des personnes qui ont tenté de se suicider et de leurs familles²⁰.

La Jordanie, qui accueille des réfugiés depuis des décennies, compte actuellement quelque 1,3 million de réfugiés syriens (avec 672 000 réfugiés officiellement enregistrés), dont 80 % vivent en-dessous du seuil de pauvreté. De plus, 15 % des Jordaniens vivent en-dessous du seuil de pauvreté, et le pays accueille par ailleurs deux millions de réfugiés palestiniens. La GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit), le HCR, l'Ambassade des Pays-Bas, et International Medical Corps (IMC) en Jordanie se sont associés sur un **projet d'animation d'ateliers et d'expositions visant à permettre aux personnes qui avaient déjà eu des comportements suicidaires d'utiliser l'art comme forme d'expression**, en travaillant ensemble et en présentant leurs œuvres lors d'expositions qui se voulaient un moyen de sensibiliser au suicide et de donner une voix et un moyen d'expression aux personnes qui ont eu des pensées et des comportements suicidaires²¹.



En Ukraine, dans un contexte de guerre en cours, IMC a organisé une campagne de sensibilisation à l'automutilation et de prévention du suicide chez les adolescents et les jeunes. L'équipe de SMSPS a formé des travailleurs sociaux de proximité, qui ont organisé des sessions de sensibilisation à l'automutilation et de prévention du suicide dans leur communauté. Des brochures d'information ont été distribuées pour expliquer comment reconnaître si une personne a des intentions suicidaires, comment communiquer correctement et comment aider cette personne à trouver une aide de SMSPS, notamment par les numéros de téléphone des permanences nationales de crise. De plus, **un groupe de théâtre amateur formé par des jeunes habitant un village proche de la ligne de front a organisé des spectacles de théâtre pour les adolescents et les jeunes dans différents lieux, afin de leur transmettre les messages d'espoir à donner aux personnes qui pouvaient avoir besoin d'un soutien**.

20. Organisation internationale pour les migrations (OIM) – Soudan du Sud (2020). *Rapport du 3e trimestre sur la santé mentale et soutien psychosocial*.

21. Francis A (2015). *La crise des réfugiés en Jordanie*. Fondation Carnegie pour la paix internationale.

Faciliter les activités pour renforcer la cohésion communautaire et le soutien mutuel



Les facteurs de risque de suicide les plus communs dans les contextes humanitaires comprennent un manque de soutien social et de liens sociaux. Les personnes qui vivent dans ces situations peuvent être submergées par le sentiment de désespoir, elles peuvent se sentir dépassées et développer une attitude profonde de dépendance et de léthargie. Cette attitude peut nourrir de nombreux problèmes sociaux, notamment les comportements suicidaires. Les éléments clés de la prévention du suicide sont la promotion du bien-être communautaire et la création de réseaux communautaires qui peuvent favoriser un environnement de protection et de soutien, et un sentiment de liens sociaux.

Les éventuelles activités pouvant favoriser un soutien social et où il est possible d'intégrer des messages clés et des messages de sensibilisation doivent être conçues avec les communautés. Il s'agit entre autres des activités suivantes :

- la mise en place d'espaces communautaires et de centres communautaires sûrs, qui peuvent servir de lieux d'espoir, de positivité et de liens sociaux ;
- le soutien d'initiatives communautaires qui renforcent la solidarité et la cohésion sociale ;
- la facilitation d'activités culturelles et de divertissement connues des populations, en particulier celles qui rassemblent plusieurs générations de la communauté.

Veillez à ce que toutes ces activités soient adaptées à l'âge et au genre, pour garantir des espaces communautaires sûrs pour les enfants et les adolescents.



Activités du PMS pour la SMSPS :

3.3 Diffuser les messages clés pour la promotion de la santé mentale et du bien-être psychosocial ;

3.4 Soutenir les activités de SMSPS menées par la communauté ;

3.5 Proposer des activités de développement de la petite enfance (DPE) ;

3.6 Offrir des activités en groupe pour la santé mentale et le bien-être psychosocial des enfants ;

3.7 Aider les parents à promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial des enfants ;

3.9 Promouvoir la SMSPS en créant des espaces sûrs pour les femmes et les filles.

Attention : vérifiez que vous pouvez répondre aux demandes de services et de soutien



En améliorant la sensibilisation à la santé mentale, il y aura vraisemblablement une **hausse de la demande de services** et de soutien. Cela veut dire qu'en plus des efforts de sensibilisation, le personnel doit se préparer à répondre à l'augmentation de la demande, ou à pouvoir **orienter vers les services et le soutien appropriés**.

Ressources clés et orientations : sensibilisation et plaidoyer

LIVE LIFE



Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays.](#)

Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. [Activités du PMS 3.1 Orienter les acteurs humanitaires et les membres de la communauté sur la SMSPS et plaider pour les enjeux et les mesures de SMSPS ; 3.3 Diffuser les messages clés visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial.](#)

OMS (2021). [OMS Journée mondiale de la santé mentale 2021. Messages clés à propos du suicide.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2019). [Journée mondiale de la prévention du suicide 2019 - Une journée d'actions de 40 secondes.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2014). [Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (s.d.). [Prévention du suicide : informations pour les journalistes et autres personnes écrivant sur le suicide.](#)

[Association internationale pour la prévention du suicide.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (s.d.). [La prévention du suicide.](#)

Mobilisation des jeunes et plaidoyer dirigé par les jeunes : Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2020). [La santé mentale des adolescents compte.](#)

[Fonds des Nations Unies pour l'enfance au Royaume-Uni \(2019\). Boîte à outils pour le plaidoyer des jeunes.](#)

Exemple de vidéo de sensibilisation : Association internationale pour la prévention du suicide (2022). [Journée mondiale de la prévention du suicide : Créer de l'espoir en agissant.](#)

IASC CPI (2007). [Directives du CPI sur la Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Aide-mémoire 8.1, 8.2.](#)



2.2. Surveillance, suivi et évaluation

Pourquoi ?

Les efforts de **suivi et évaluation** évaluent si les activités de prévention et d'intervention ont les résultats escomptés. Une évaluation sur le long terme basée sur plusieurs indicateurs est nécessaire pour déterminer si les changements observés sont liés aux activités de prévention (amélioration des connaissances, des attitudes et des pratiques du personnel de santé/santé mentale, augmentation du nombre de personnes qui utilisent des services de soutien) et peuvent aider à optimiser la programmation.

Comment ?

Une liste exhaustive des indicateurs conçus pour les situations d'urgence est disponible dans le Guide de mise en œuvre LIVE LIFE de l'OMS²² et le Cadre de suivi et évaluation pour la SMSPS du CPI²³.

Utiliser les données pertinentes de manière responsable

Les données recueillies doivent être utilisées avant tout pour informer le développement des activités du programme et pour souligner les impacts négatifs des facteurs de stress contextuels sur le bien-être de la communauté, ou pour plaider afin d'élargir les ressources en matière de prévention et de réponse. La nécessité, le risque et les implications éthiques doivent être attentivement étudiés avant d'approuver l'utilisation des données recueillies à des fins de communication externe, y compris pour des rapports du gouvernement ou des donateurs. Toute utilisation potentielle des données doit être incluse dans les formulaires de consentement éclairé, qui doivent être disponibles sous format écrit et/ou verbal dans la langue de la population touchée le cas échéant.



Les enseignements tirés des programmes de suivi et évaluation doivent être partagés (par les GTT de la SMSPS, avec les acteurs nationaux) pour aider à informer les autres efforts déployés en matière de prévention du suicide.



Les risques et la sécurité concernant la collecte d'informations

La conception de systèmes de surveillance doit prendre en compte l'utilité et la nécessité de toutes les données recueillies, ainsi que le **risque inhérent** pour l'ensemble de la communauté touchée, en particulier pour les personnes pour qui la collecte d'informations peut être une épreuve (survivants de la VBG, personnes âgées, enfants et jeunes). De plus, le **contexte juridique concernant le suicide** dans le pays doit être pris en compte pour que les données recueillies soient rendues anonymes et ne puissent pas être tracées, pour éviter la pénalisation des survivants. Seules les données nécessaires pour les interventions de santé publique ciblées, telles que convenues par la communauté touchée, doivent être recueillies.

Menez des analyses des risques en cours pour évaluer les méthodes de collecte d'informations, de stockage et d'utilisation des données. Les impacts des changements et des difficultés dans le contexte doivent également être évalués.

Cherchez en priorité à mettre ces données à la disposition de la communauté où elles ont été recueillies. Pour cela, il est possible de faire des présentations à la communauté, d'utiliser des diffusions radio ou d'autres moyens préférés par la communauté en question.

Au moment de choisir une plateforme pour héberger et maintenir les données, veillez à ce que l'entité d'hébergement soit relativement stable, confidentielle et bien établie dans ce contexte. Un registre de pratique éthique de gestion des données est encore plus important qu'une capacité technique. Vérifiez que l'agence d'hébergement souhaite continuer à avoir des partenariats constructifs avec la communauté affectée.

22. Organisation Mondiale de la Santé (2021). *LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays*.

23. Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence (2021). *Boîte à outils de S&E de la SMSPS, version 1.0*.

Soutenir les systèmes de surveillance

Le **manque de connaissances suffisantes sur le suicide dans les contextes humanitaires** est dû en partie aux carences des systèmes de surveillance et d'enregistrement des données sur le suicide et l'automutilation. Les informations recueillies lors des activités de surveillance et de suivi **éclaircent les stratégies de santé publique et les interventions ciblées en matière de conception et de mise en œuvre des programmes.**

- **La surveillance** peut apporter un aperçu de la portée et de la gravité des comportements suicidaires et des facteurs clés qui en sont à l'origine, et peut permettre de mieux comprendre les impacts des facteurs de stress contextuels sur les tendances suicidaires.

Il est essentiel de faire en sorte que **la surveillance reste efficace et appropriée à mesure que le contexte évolue** et que la communauté touchée et les principales parties prenantes continuent d'approuver et d'accepter les pratiques de collecte et de stockage des informations.

Surveillance : ce qu'il faut enregistrer

- Les données sur le **nombre de suicides et d'automutilations** (ventilées au moins par sexe, par âge et par méthode).
- **Les mesures prises** (par exemple l'orientation vers des services de SMSPS et les interventions utilisées par les familles ou les membres de la communauté, les facteurs de cause définis comme les facteurs de stress interpersonnels ou contextuels, la sensibilisation des familles et des autres personnes face à la gravité du risque, et les points de contact de service initiaux).

Surveillance : les sources d'information

- Revoyez les **systèmes existants** de collecte d'informations courants comme les registres et les statistiques de l'état civil ainsi que les registres des établissements de santé et de la police.
- Envisagez de **modéliser ou d'intégrer un système de surveillance dans le système fonctionnel existant** :
 - › stratégies nationales de prévention du suicide, y compris le suivi et la surveillance du risque (à favoriser lorsque l'intégration d'une stratégie nationale n'augmente pas le risque pour la communauté touchée) ;
 - › les systèmes locaux de collecte d'informations utilisés (programmation au niveau de l'organisation, système de gestion de l'information sur la violence basée sur le genre (GBVIMS), le système d'information sanitaire du HCR - Registre de la mortalité et Directives de Sphère, 2.4 Exemple formulaire de rapport de surveillance du système de gestion de l'information sanitaire ordinaire²⁴).
- Associez-vous à plusieurs **acteurs humanitaires et communautaires** susceptibles d'avoir un point de vue unique sur les systèmes de collecte d'informations existants, sur les risques liés à la collecte de données sensibles dans le contexte et sur les endroits où recueillir des données sur les décès par suicide, les tentatives de suicide et les cas d'automutilation. Ces acteurs changeront selon la culture et le contexte et devront être évalués indépendamment dans chaque contexte spécifique. Ces partenaires peuvent comprendre des acteurs ayant des rôles liés à la santé mentale ou d'autres acteurs (personnes responsables des enterrements, des registres des naissances et des décès, de certaines activités communautaires, etc). Les acteurs communautaires peuvent comprendre des chefs religieux et communautaires, des sages-femmes, et autres.
- **Sensibilisez** le personnel sur l'utilisation de la surveillance, en prenant en compte l'éventuelle hésitation ou stigmatisation sociale liées au signalement et à l'enregistrement des suicides et automutilations.



24. Sphère (2018). *Le Manuel Sphère : Charte humanitaire et standards minimum de l'intervention humanitaire.*



Exemples de terrain



Développer un système de gestion de l'information au Bangladesh

A Cox's Bazar, au Bangladesh, les musulmans ayant fui le Myanmar vivent dans un camp de réfugiés depuis 2017²⁵. Un système de gestion de l'information du risque de suicide humanitaire (HSR-IMS), a été développé par le sous-groupe intersectoriel de prévention du suicide du Groupe de réponse à la crise des réfugiés rohingyas. Il a été alimenté par les directives mondiales concernant les registres de mortalité et de morbidité et calqué sur la structure du GVBIMS²⁶. **Le HSR-IMS recueille des données sur les idées suicidaires, les tentatives de suicides et les décès par suicide, en utilisant le logiciel de collecte de données KoBo Toolbox²⁷.** La collecte d'informations est uniformisée à travers des organismes signataires qui acceptent de l'entreprendre de manière régulière et responsable. La triangulation des données est faite entre les informations collectées et les informations sur les comportements suicidaires, afin de révéler davantage l'étendue, la sévérité et la prévalence de comportements suicidaires au sein d'une communauté. Le système de gestion de l'information du risque de suicide humanitaire (HSR-IMS) sera testé à travers le sous-groupe intersectoriel de prévention du suicide du groupe de travail de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS), avec des contributions d'agences signataires.



Resources clés et orientations : suivi et évaluation

LIVE LIFE Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays.](#)



Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. [Activité du PMS 2.2 Développer et mettre en œuvre un système de suivi et évaluation \(S&E\).](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2018). [Prévenir le suicide : une boîte à outils de mobilisation communautaire. Chapitres 1-3, 5-6, pp. 1-30, 35-43.](#)



CPI (2007). [Directives du CPI sur la Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Aide-mémoire 2.2](#)

25. Action Contre la Faim (2021). *Crise des Rohingyas : Les défis à Cox's Bazar continuent.*

26. GBVIMS (2021). *Système de gestion de l'information sur la violence basée sur le genre. Formulaire d'admission et de consentement.*

27. KoBo Toolbox. *Des outils simples, solides et puissants pour la collecte d'informations.*

Ressources clés et orientations : surveillance



LIVE LIFE Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2021). [Prévention du suicide : une ressource pour l'enregistrement des cas de suicide.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2014). [Prévention du suicide : enregistrement des cas de comportement suicidaire non fatal, pp. 6-21.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2016). [Manuel pratique pour établir et maintenir un système de surveillance pour les tentatives de suicide et l'automutilation. Chapitres 2-5, pp. 13-56.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2018). [Prévenir le suicide : une boîte à outils de mobilisation communautaire. Chapitres 1-3, 5-6, pp. 1-30, 35-43.](#)

Exemples illustratifs de surveillance, suivi ou évaluation

Cwik MF, Barlow A, Goklish N et al. (2014). [Surveillance communautaire et gestion des cas pour la prévention du suicide : Un système initié par les tribus amérindiennes. American Journal of Public Health, 104\(SUPPL. 3\):18-23.](#)

Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D et al. (2008). [Efficacité de l'intervention brève et du contact pour les personnes qui tentent de se suicider : Un essai contrôlé randomisé dans cinq pays. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la santé, 86\(9\):703-709.](#)

Haroz EE, Decker E, Lee C (2018). [Données probantes pour les programmes de prévention du suicide et d'intervention auprès des réfugiés : Revue systématique et recommandations.](#)

Vijayakumar L, Pathare S, Jain N et al. (2020). [Mise en place d'un système de surveillance global pour l'enregistrement des suicides et des tentatives de suicide dans l'Inde rurale. BMJ Open, 2020;10\(11\):1-9.](#)

2.3. Soins et bien-être du personnel et des bénévoles

Pourquoi ?

Le bien-être du personnel et des bénévoles est particulièrement important dans les contextes de crise humanitaire, car il affecte leur capacité à fonctionner dans leur rôle et à soutenir les populations affectées. Un incident de suicide parmi les employés ou les populations affectées a souvent un fort retentissement émotionnel et un soutien initial est essentiel.



Le personnel et les bénévoles apportant services et soutien dans **des conditions très stressantes et difficiles** (interventions de réponse à une urgence aiguë, prestation de soins pendant des épidémies de maladies infectieuses) peuvent aussi avoir un risque plus élevé de suicide. Considérez l'importance d'apporter un soutien et des soins appropriés aux employés.

Comment ?

Un élément important du bien-être du personnel et des bénévoles est d'assurer que des mesures de prévention du suicide sûres et de qualité sont en place **avant qu'un incident ne se produise**.

Ceci inclut la mise en place d'un **environnement sûr** où les employés sont encouragés à accéder à des services **confidentiels** de SMSPS, ont accès à des **ressources et outils** sur le bien-être et les stratégies d'adaptations saines, **travaillent dans des conditions** adéquates et solidaires, où des mesures de surveillance et de **consultation** sont en place, et où un **réseau** ou groupe de soutien entre pairs est encouragé. Ceci inclut aussi de **réduire l'accès aux moyens de suicide** sur les lieux de travail (ex. médicaments ou poison, installer des barrières sur les toits, voir également la section 3.1).



Ressources clés et orientations : soin et bien-être du personnel et des bénévoles



Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial.

[Activité du PMS 2.3 Soins pour le personnel et les bénévoles fournissant des services de SMSPS.](#)

CPI (2007). [Directives du CPI sur la Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Aide-mémoire 4.4.](#)



2.4. Les compétences du personnel et des bénévoles

Pourquoi ?

Le suicide est un sujet complexe et délicat, et les personnes travaillant sur la prévention et l'intervention en matière de suicide pourraient avoir des croyances culturelles et contextuelles qui affectent leurs perspectives sur le sujet. De plus, les employés pourraient ressentir un niveau de stress psychologique accru au moment de soutenir des personnes ayant besoin d'un soutien urgent. De fait, il est important que les employés soient soutenus afin de pouvoir soutenir les personnes à risque de façon compétente.

Comment ?

Avant la mise en œuvre d'un programme, assurez-vous que le personnel et les bénévoles ont été orientés et formés.

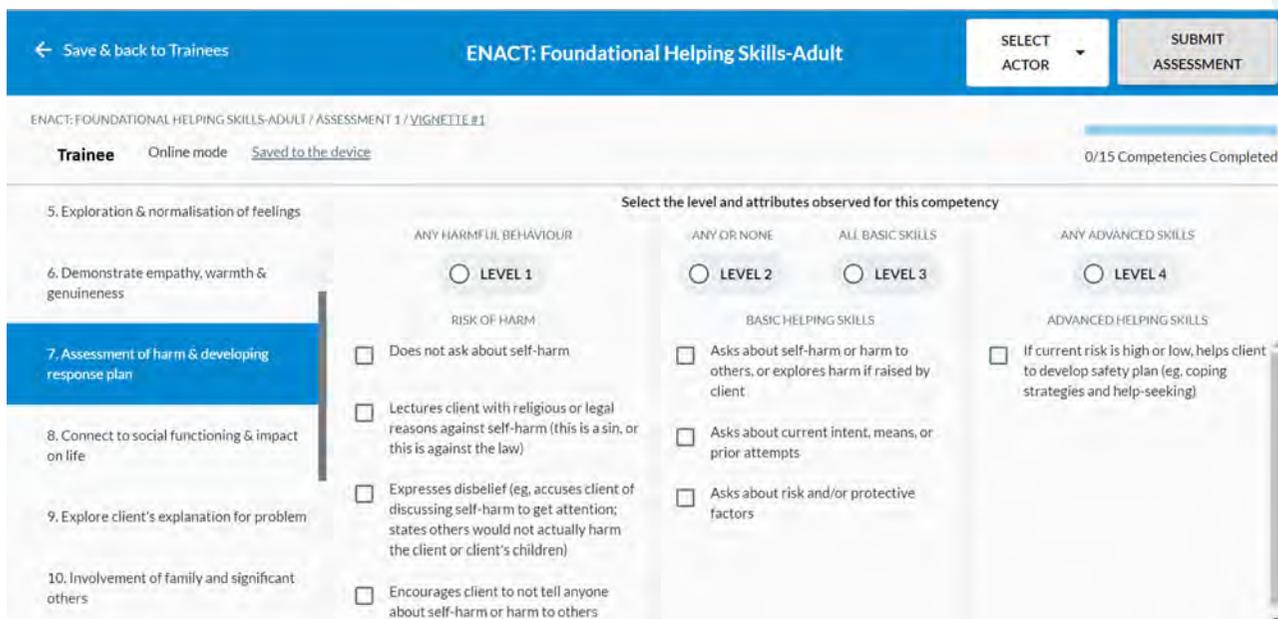
Le personnel et les bénévoles doivent être soutenus sur les sujets suivants :

- ◆ le langage approprié à utiliser (voir la section 1 sur les considérations linguistiques) ;
- ◆ la protection de la **confidentialité**, les limites de la confidentialité et la sécurité (voir la section 1.1 sur l'analyse situationnelle) ;
- ◆ l'**évaluation des risques** d'automutilation ou de suicide, y compris les signes précurseurs concernant des risques imminents, notamment les facteurs de risque au niveau individuel, les facteurs concernant des relations, les facteurs de risque liés à la communauté et les facteurs de risques liés à la santé et au niveau sociétal, en plus des facteurs de risque spécifiques à la jeunesse (voir l'exemple d'ENACT ci-dessous) ;
- ◆ évaluer les facteurs de protection qui pourraient réduire les risques imminents ou à court terme d'automutilation et de suicide ;
- ◆ comment apporter un **soutien de base** aux personnes affectées par des pensées suicidaires, ou celles endeuillées par un suicide (voir la section 3.4), en faisant preuve notamment d'empathie et sans juger, en faisant des affirmations de validation, en utilisant des compétences psychosociales de base et en mettant en œuvre des principes de non-discrimination et d'inclusion, ainsi que la participation d'enfants et l'intérêt supérieur de l'enfant, l'amélioration de la sécurité, de la dignité et des droits des personnes, et éviter de les exposer à plus de mal, garantir le droit des personnes à une assistance en accord avec leur besoin, sans discrimination et renforcer la résilience des enfants à travers des actions humanitaires ;
- ◆ Quels **services et aides sont disponibles** et **comment orienter vers les services de santé mentale** (coordonnées de prestataires, voies d'orientation et procédures harmonisées et collaboratives, accès sûr) et à d'autres services et assistances nécessaires (ex. soutien financier, services de protection) ;
- ◆ Les voies d'orientation doivent être discutées et partagées avec les **groupes de travail techniques de SMSPS** et les autres groupes de coordination concernés (AoR éducation, PE et VBG) et intégrées à une **cartographie** (les 4Ws) et aux **annuaires de services** (voir aussi la section 1.1).

Une façon de soutenir les employés afin qu'ils développent les compétences mentionnées ci-dessus, est **de les former et d'évaluer leurs compétences** à apporter une aide fondamentale comme définie dans la plateforme Assurer la Qualité du Soutien Psychologique (EQUIP).

Le personnel et les bénévoles doivent aussi pouvoir contacter quelqu'un ayant plus d'expertise pour obtenir un **soutien régulier**, poser des questions et recevoir des conseils (ex. un superviseur, un professionnel de la santé mentale).

EQUIP: 
Ensuring Quality in
Psychological Support



ENACT: Foundational Helping Skills-Adult

ENACT: FOUNDATIONAL HELPING SKILLS-ADULT / ASSESSMENT 1 / VIGNETTE #1

Trainee Online mode Saved to the device 0/15 Competencies Completed

5. Exploration & normalisation of feelings

6. Demonstrate empathy, warmth & genuineness

7. Assessment of harm & developing response plan

8. Connect to social functioning & impact on life

9. Explore client's explanation for problem

10. Involvement of family and significant others

Select the level and attributes observed for this competency

ANY HARMFUL BEHAVIOUR	ANY OR NONE	ALL BASIC SKILLS	ANY ADVANCED SKILLS
<input type="radio"/> LEVEL 1 RISK OF HARM <input type="checkbox"/> Does not ask about self-harm <input type="checkbox"/> Lectures client with religious or legal reasons against self-harm (this is a sin, or this is against the law) <input type="checkbox"/> Expresses disbelief (eg, accuses client of discussing self-harm to get attention; states others would not actually harm the client or client's children) <input type="checkbox"/> Encourages client to not tell anyone about self-harm or harm to others	<input type="radio"/> LEVEL 2 BASIC HELPING SKILLS <input type="checkbox"/> Asks about self-harm or harm to others, or explores harm if raised by client <input type="checkbox"/> Asks about current intent, means, or prior attempts <input type="checkbox"/> Asks about risk and/or protective factors	<input type="radio"/> LEVEL 3	<input type="radio"/> LEVEL 4 ADVANCED HELPING SKILLS <input type="checkbox"/> If current risk is high or low, helps client to develop safety plan (eg, coping strategies and help-seeking)

Capture d'écran de EQUIP-ENACT Outil d'évaluation des compétences, compétence #7 : Évaluation et gestion des risques de suicide et d'automutilation

Ressources clés et orientations : compétences du personnel et des bénévoles

LIVE LIFE



Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays.](#)

Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. [Activité du PMS 2.4 Soutenir les compétences du personnel et des bénévoles en matière de SMSPS.](#)

EQUIP: 
Ensuring Quality in
Psychological Support

[La plateforme Assurer la Qualité du Soutien Psychologique \(EQUIP\)](#) inclut un outil interactif pour évaluer les compétences d'évaluation du risque suicidaire et d'automutilation ainsi que celles requises pour établir un plan de sécurité. Sur la plateforme EQUIP, ENACT Compétence #7 peut être utilisé pour identifier les comportements potentiellement nocifs ainsi que les compétences basiques d'aides relatives à la réduction du risque suicidaire. De plus, ENACT Compétence #3 peut être utilisé

pour évaluer le respect de la confidentialité, ainsi que pour échanger sur les situations où cette confidentialité pourrait avoir à être rompue dans le contexte de la réduction d'un risque de suicide. Dans les sections ENACT Remote, l'évaluation de la confidentialité et du risque suicidaire, ainsi que les compétences en matière de soutien, sont adaptées pour pouvoir fournir un service psychosocial à distance (par communication vocale ou vidéo).



[Le module #8 du manuel de formation EQUIP Compétences d'aides fondamentales](#), contient du matériel de formation sur la réduction du risque suicidaire, y compris une évaluation du risque de suicide et autres risques préjudiciables, et le développement d'un plan de sécurité. Le module #3 inclut une formation sur la confidentialité, y compris concernant les situations où celle-ci ne peut être appliquée dans le contexte d'une réduction du risque de suicide d'urgence.

[EQUIP Remote inclut une formation sur comment « Évaluer et soutenir à distance des personnes ayant des comportements suicidaires ».](#) Cela comprend : Module 1 : Se préparer à évaluer des comportements suicidaires à distance ; Module 2 : Évaluation de comportements suicidaires à distance ; Module 3 : Répondre à des comportements suicidaires et lutter contre les barrières au soutien à distance.

Centre de référence de l'IFRC pour le soutien psychosocial (2021). [La prévention du suicide.](#)



CPI (2007). [Directives du CPI sur la Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Aide-mémoire 4.1-4.4.](#)



3.

Activités clés du
programme de
prévention du suicide et
d'intervention efficaces

3.1. Réduire l'accès aux moyens de suicide

Pourquoi ?

Réduire l'accès aux moyens de suicide est une des façons **les plus pertinentes, universelles, basées sur les données scientifiques et efficaces** de prévenir le suicide. Limiter l'accès aux moyens réduit le taux de suicide liés à ces moyens et baisse le taux général de suicide dans certains pays (puisque'il peut y avoir des alternatives moins mortelles). L'idéation suicidaire et le comportement suicidaire peuvent être impulsifs et la majorité des personnes qui démontrent des comportements suicidaires sont ambivalents sur le fait de vouloir vivre ou mourir. C'est une des raisons pour lesquelles il est important de réduire l'accès aux moyens mortels de suicide.

Comment ?

Les méthodes de suicide et de tentatives de suicide varient d'un contexte humanitaire à l'autre et reflètent ce qui est accessible. De manière générale, les méthodes de suicide les plus communes sont la pendaison, les armes à feu et l'auto-empoisonnement en utilisant des pesticides²⁸.

Une **limitation efficace des moyens** de suicide dans un contexte humanitaire doit se focaliser sur les méthodes qui :

- causent le plus de décès et/ou sont les moyens les plus mortels
- et sont utilisés le plus fréquemment (voir section 1.2 sur l'analyse situationnelle).

- **Identifiez et mobilisez les parties prenantes humanitaires clés ainsi que celles au sein de la communauté pour des consultations collaboratives sur des actions communautaires faisables pour limiter ou réduire l'accès aux moyens les plus mortels et courants de se suicider.**
- **Limiter l'accès aux moyens utilisés dans le contexte humanitaire tels que :**
 - › limiter l'accès de la communauté aux armes à feu²⁹
 - › limiter l'accès aux pesticides très dangereux
 - › installer des barrières aux endroits en hauteur où quelqu'un pourrait sauter
 - › modifier les possibilités de pendaison dans les cadres institutionnels ou les centres de détention
 - › limiter la prescription de médicaments très toxiques
 - › retirer les objets mortels dans les maisons où des personnes à risque habitent (couteaux, rasoirs, kérosène, pesticides, cordes).
- **Restreindre la disponibilité des moyens utilisés dans le contexte humanitaire, par exemple en :**
 - › limitant la quantité des ventes individuelles de médicaments et autres substances toxiques tels que les pesticides³⁰
 - › limitant la quantité de médicaments psychotropes délivrés aux personnes à risque et/ou en désignant un autre individu pour superviser les traitements et les administrer conformément aux instructions.



28. Organisation Mondiale de la Santé (2021). *LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays.*

29. Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler HY (2010). *Diminution des taux de suicide après un changement de politique réduisant l'accès aux armes à feu chez les adolescents : une étude épidémiologique naturaliste. Comportement de chantage au suicide.* 40(5):421-424.

30. Knipe DW, Chang SS, Dawson A et al. (2017). *Prévention du suicide par la restriction des moyens : Impact des restrictions d'accès aux pesticides de 2008 à 2011 sur le suicide au Sri Lanka.* PLoS One. 12(3):0172893.



Exemples de terrain



En Irak, le département de la santé mentale du Ministère de la santé a lancé une étude nationale sur le suicide (2015–2016) en collaboration avec des chercheurs internationaux. **Le Ministère de l'intérieur a chargé le personnel de police de compléter des formulaires en ce qui concerne les décès individuels dans leurs juridictions, qui ont été déclarés comme des suicides et d'effectuer un suivi avec les familles dans les cas où les données étaient manquantes.** Les résultats ont été utilisés pour identifier les taux de suicide de la population et de sous-populations (par exemple selon l'âge et le genre), les méthodes fréquemment utilisées et le profil médical, de santé mentale, de suicide et les facteurs déclenchants liés aux décès par suicide ; les groupes à risque ont également été identifiés. Les enseignements tirés ont façonné la planification d'un registre national des suicides. L'étude a révélé le besoin de mettre en pratique une restriction des moyens pour les armes à feu et le pétrole (lié à l'auto-immolation) dans les efforts futurs de prévention du suicide.

Ressources clés



LIVE LIFE

Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays. Partie B : Les interventions clés efficaces en matière de prévention du suicide : La restriction de l'accès aux moyens de suicide](#), pp. 58–63.



Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. [Activité du PMS 2 3.1 Guider les acteurs humanitaires et les membres de la communauté en matière de SMSPS et plaider en faveur des aspects à prendre en considération et des mesures pour la SMSPS.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2012). [Action de santé publique pour la prévention du suicide : un cadre.](#)

3.2. Assurer une communication et une couverture médiatique responsables

Pourquoi ?

Les médias jouent un rôle clé dans l'influence de l'opinion publique et peuvent soutenir la prévention du suicide, mais ils peuvent également contribuer à accentuer les risques de suicide.

Il a été prouvé que la couverture répétée et glorifiée de cas très médiatisés incluant des descriptions détaillées des méthodes de suicide **augmente le risque de comportement suicidaire**³¹. Les représentations fictionnelles du suicide qui ne représentent pas avec précision la réalité sont tout aussi problématiques.

Comment ?

Les médias peuvent **atteindre un grand nombre de personnes** simultanément et peuvent atteindre des groupes spécifiques de personnes selon le type de média (par exemple les chaînes médiatiques ou émissions de radio adoptées par les communautés affectées).

Les médias peuvent **renforcer les efforts de prévention du suicide** en transmettant des messages clés et des messages d'espoir, en suscitant une prise de conscience (voir section 2.1) et en couvrant le sujet de façon délicate et précise.

Afin d'aborder la thématique du suicide avec délicatesse et pertinence, les actions suivantes sont recommandées :

- **Identifier les parties prenantes clés et les acteurs clés** au sein du contexte humanitaire, des médias et du gouvernement pour obtenir une collaboration et un engagement (voir section 1.1), notamment les organisations médiatiques nationales, régionales ou locales ainsi que les régulateurs et entreprises de réseaux sociaux.
- Déterminer **la zone d'attention des médias** comme le journalisme, le divertissement ou les réseaux sociaux et **développer conjointement des messages clés** avec les médias.
- Collaborer avec les médias de manière proactive, pas seulement en réaction à une couverture à sensation ou risquée.
- Réfléchir aux **moments stratégiquement importants pour la couverture médiatique** : par exemple, la formation peut faire partie de l'intégration des nouveaux employés, ou bien les événements médiatiques peuvent être planifiés pour des jours spécifiques (voir section 2.1).
- Les conversations autour de la **couverture médiatique à sensation** du suicide ne doivent pas être punitives ou porter un jugement ; elles doivent plutôt être collaboratives et articulées autour d'une responsabilité partagée pour une couverture éthique et responsable, et l'impact positif qu'une couverture médiatique responsable peut avoir dans la prévention du suicide.

Exemples de terrain



Au Bangladesh, le sous-groupe intersectoriel en charge de la prévention du suicide a animé une demi-journée de formation virtuelle sur « La couverture médiatique et la prévention du suicide pour les journalistes et les professionnels des médias ». Avec l'assistance d'un expert national de prévention du suicide, il a été déterminé qu'au point de vue national, les pratiques de couverture médiatique du suicide n'adhéraient que rarement aux directives des pratiques exemplaires de l'OMS. **Du contenu de formation a été développé en partenariat avec les membres du sous-groupe, avec l'objectif de contextualiser et de diffuser ces directives au niveau national.** Les invitations à la formation ont été diffusées parmi les réseaux professionnels et universitaires de professionnels de médias bangladais, notamment ceux engagés dans l'intervention humanitaire auprès des Rohingyas. Cette initiative a facilité les connexions entre les professionnels des médias nationaux, les psychiatres universitaires et l'intervention humanitaire à Cox's Bazar, et **a encouragé le suivi et la mobilisation des journalistes au sein de leurs réseaux, y compris dans les programmes de formation professionnelle.**

31. Organisation Mondiale de la Santé (2017). *Prévention du suicide : Une ressource pour les professionnels des médias.*

Développer des stratégies qui seront utilisées pour obtenir une couverture médiatique responsable accrue



◇ Établir de **bonnes relations avec les parties prenantes des médias**, par exemple en les impliquant activement dans les activités de sensibilisation, peut aider à créer une relation plus chaleureuse en préparation de la formation ou du développement de politiques.



◇ Se mettre d'accord sur l'utilisation et l'adaptation de ressources existantes ou développer de nouvelles **politiques et directives en matière de couverture médiatique responsable**.



◇ Si des directives, des politiques et une formation existent déjà, s'assurer qu'elles sont **à jour** et incluent la dernière pratique exemplaire basée sur des données probantes.

◇ Développer un **kit d'information pour la presse** qui fournit des ressources aux médias ou des coordonnées d'experts en prévention du suicide que les professionnels des médias peuvent utiliser lorsqu'ils couvrent un reportage sur le suicide.



◇ Pour les **réseaux sociaux**, envisager de mettre en valeur les voies d'orientation vers un spécialiste pour l'accès aux soins, des informations sur la façon d'accéder aux services de santé mentale et d'autres ressources qui sont spécifiques à la population dans le contexte humanitaire.

◇ Se mettre d'accord sur des **mécanismes de redevabilité** afin de suivre et gérer la couverture médiatique problématique.

◇ Développer des systèmes pour reconnaître et **mettre en valeur les bonnes pratiques**, ou pour nommer des médias aux récompenses d'excellence existantes.



- Développer et collaborer au sujet de la **formation des professionnels des médias, étudiants en médias, services presse des ONG** et autres parties prenantes clés sur la mise en œuvre du livret de ressources de l'OMS pour les professionnels des médias³². Se souvenir que les individus dans les médias peuvent être impactés par les histoires de suicide ou peuvent être touchés personnellement.
- **Suivre et évaluer toutes les activités** (voir section 2.2). Les indicateurs peuvent inclure les changements dans les couvertures médiatiques à sensation ou encore le nombre d'exemples de couverture responsable. Planifier la diffusion des résultats clés afin d'encourager une plus grande prise d'initiatives ou pour servir d'enseignements à tirer pour d'autres professionnels. Les outils pour évaluer la couverture médiatique du suicide peuvent aider à suivre l'adhésion aux directives de couverture médiatique sûre au sein d'un secteur médiatique ou type de média donné³³.

Ressources clés et orientations : assurer une communication et une couverture médiatique responsables



LIVE LIFE Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays.](#)

 Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. [Activité du PMS 3.1 Guider les acteurs humanitaires et les membres de la communauté en matière de SMSPS et plaider en faveur des aspects à prendre en considération et des mesures pour la SMSPS.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2019). [Prévention du suicide : Guide à l'usage des réalisateurs et des autres personnes travaillant pour la scène ou l'écran.](#)

Everymind (2020). [Mindframe pour les professionnels des médias.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2017). [Prévention du suicide : Une ressource pour les professionnels des médias.](#)

Centre de ressources sur la prévention du suicide (2013). [Répondre à un appel à l'aide : Pratiques exemplaires pour les technologies en ligne.](#)

Reportage sur le suicide (s.d.). [Pratiques exemplaires et recommandations pour les reportages sur le suicide.](#)

République du Liban, Ministère de la santé publique (2019). [Guide pratique sur la couverture de la santé mentale et de la toxicomanie pour les professionnels des média.](#)

32. Organisation Mondiale de la Santé (2017). [Prévention du suicide : Une ressource pour les professionnels de la santé.](#)

33. Sorenson CC et al. (2022). [L'outil d'évaluation des représentations médiatiques du suicide \(TEMPOS\) : Développement et application d'une nouvelle échelle d'évaluation pour réduire la contagion du suicide. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19\(5\), 2994.](#)

3.3. Renforcement des capacités des travailleurs de première ligne et des gardiens

Pourquoi ?

Afin d'identifier les risques de suicide et d'orienter les individus vers les services appropriés, il est essentiel que les travailleurs de première ligne de secteurs divers (santé, éducation et travailleurs sociaux), ainsi que les gardiens de la communauté, soient formés pour **identifier** en toute sécurité les individus à risque de se suicider, fournir ou mobiliser un **soutien** pour eux et fournir une **orientation** et un suivi³⁴.

Comment ?

Les travailleurs de première ligne et gardiens potentiels peuvent être **sélectionnés de manière stratégique** dans le contexte humanitaire, comme ceux travaillant dans des **zones géographiques à haut risque** ou ceux capables de fournir un renforcement des capacités dans des zones rurales ou difficiles à atteindre.

Les travailleurs de première ligne et les gardiens peuvent inclure :

- **les professionnels de santé** (tels que les travailleurs de la santé d'urgence, les médecins généralistes, les infirmiers, les travailleurs en santé communautaire ou les travailleurs sociaux), en particulier ceux travaillant dans des services susceptibles d'entrer en contact avec des individus à risque comme ceux faisant face à des troubles liés à l'usage de substances, à une douleur chronique ou à des affections chroniques ;
- **les travailleurs d'autres secteurs et autres gardiens de la communauté**, tels que les travailleurs des services d'urgence (police, pompiers, personnel ambulancier ou du service d'écoute) ; le personnel du secteur éducatif (enseignants) ; ceux fournissant des services de protection de l'enfance et de protection contre la VBG ; ceux procurant des besoins fondamentaux/moyens de subsistance ;
- **les gardiens de la communauté** (personnes susceptibles d'entrer en contact avec des individus à risque) ou les personnes avec de l'influence dans une communauté (dirigeants communautaires, dirigeants y compris les jeunes les plus âgés, agents des transports publics, coiffeurs, chauffeurs de taxi, dignitaires religieux).

La formation doit inclure :

- ◇ une compréhension des attitudes **culturelles et traditionnelles** qui influencent l'identification et les soins de personnes à **risque**, de même que les facteurs de risque et de **protection** ;
- ◇ une sensibilisation des **groupes pouvant être particulièrement à risque**, en fonction du contexte humanitaire et du rôle du travailleur (personnes appartenant à une minorité sexuelle et de genre, réfugiés et demandeurs d'asile, survivants de la VBG, personnel militaire d'active ou retraité, adolescentes enceintes) ;
- ◇ veiller à ce que l'information et les services soient **accessibles et inclusifs** pour les différents groupes de la population touchée ;
- ◇ une sensibilisation des **présentations courantes** de l'automutilation/du suicide afin d'identifier les individus à risque ;
- ◇ des connaissances de base **d'évaluation et de gestion** du risque, y compris des crises (comment interroger sur l'automutilation ; reconnaître des blessures auto-infligées ou une auto-intoxication) ;
- ◇ un **soutien psychosocial** de base (ex: application des principes de premiers soins psychologiques, fournir une psychoéducation sur le suicide ; mobiliser des sources familiales et communautaires de soutien social ; soutenir les personnes endeuillées par le suicide) ;
- ◇ une **orientation** vers des soins de santé mentale (non-spécialistes qui ont été formés en prévention du suicide et qui fournissent des interventions appropriées en utilisant le GIH-mhGAP de l'OMS (voir section 3.5) ou d'autres services nécessaires), notamment une orientation vers des spécialistes et des formulaires et procédures d'orientation pertinents (concernant le consentement et le partage d'informations) ; **suivi continu**.

Le renforcement des capacités doit être **continu et durable**. Les modèles qui encouragent la durabilité sont le modèle de formation des formateurs, la fourniture d'un soutien et d'une supervision continus et la planification de formations de remise à niveau.

34. Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). *CASP – Une intervention par des bénévoles communautaires pour réduire les comportements suicidaires chez les réfugiés*. *The International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 589–597.

Réduire le risque parmi les demandeurs d'asile et les réfugiés



Les facteurs contribuant au **risque de suicide parmi les demandeurs d'asile et réfugiés** incluent les conditions de santé mentale (dépression comorbide ou SSPT, abus d'alcool), le fait d'être nouvellement arrivé dans un pays d'accueil (les six premiers mois), le risque perçu de rejet de la demande d'asile et le fait de se voir refuser l'asile après une longue période d'attente³⁵. Les personnes en détention peuvent courir un risque accru de suicide et d'idée suicidaire³⁶.

Il est essentiel de **renforcer les capacités du personnel travaillant avec les demandeurs d'asile et les réfugiés** et d'assurer la fourniture de soutien et d'interventions, en particulier à différents stades (au moment de l'arrivée, pendant le temps d'attente et au moment de la décision d'asile, au moment de la réinstallation ou du retour).

Il convient de promouvoir les **facteurs de protection**, notamment l'éducation précoce sur la langue et la culture du pays d'accueil ; prestation précoce d'activités économiques et éducatives ; assurer la communication et les liens avec les réseaux de soutien social ; et mobiliser les communautés et les médias pour créer un environnement accueillant et favorable aux demandeurs d'asile et aux réfugiés.

Répondre aux besoins des survivants de la violence basée sur le genre (VBG)

Les survivants de la violence basée sur le genre (y compris les survivants de VPI) courent un **risque accru d'idées suicidaires ou de décès** par suicide. Certaines estimations indiquent qu'un tiers des femmes qui se suicident ont été victimes de VPI³⁷. Les survivants de la VPI courent un risque particulier de décès par suicide et il a été démontré que ce risque augmente chez les survivants qui ont connu des **comportements coercitifs et de contrôle et un risque élevé de VPI** (étranglement non fatal, utilisation d'armes³⁸). Ces risques sont accrus lorsqu'il y a une séparation, comme c'est aussi le cas pour les homicides entre partenaires intimes³⁹.

Il est important que **les gardiens soient formés à répondre efficacement et de façon centrée sur les survivants de la VBG** qui expriment des pensées suicidaires ou des intentions suicidaires et à les orienter vers des acteurs spécialisés dans la VBG. Il est essentiel que les personnes qui aident et soutiennent les survivants de la VBG soient formées à l'identification, au soutien de base et à l'orientation (personnes travaillant dans le cadre de services de gestion des cas de VBG, personnes travaillant dans des espaces sûrs pour les femmes et les filles, travailleurs de la santé formés à la prise en charge clinique du viol).



Ressources pertinentes sur la réponse aux idées suicidaires dans le contexte de la lutte contre la VBG :

Comité directeur du système de gestion de l'information sur la violence basée sur le genre (GBVIMS) (2017). [Directives interorganisations pour la gestion des cas de violence basée sur le genre. Répondre aux risques de suicide d'une manière centrée sur les survivants et planification de la sécurité. Voir les pages 70-74 sur l'évaluation du risque suicidaire, Partie VI de l'annexe sur la sécurité contre le suicide.](#)

[Comment soutenir les survivants de la violence basée sur le genre lorsqu'un acteur de la VBG n'est pas disponible dans votre zone - Guide de poche.](#)

AoR VBG (2020). [Normes minimales interorganisations pour la programmation de lutte contre la violence basée sur le genre en situations d'urgence.](#)

AoR VBG, UNFPA (2021). [Directives relatives à la COVID-19 sur les services de lutte contre la VBG à distance axés sur la gestion des cas et les lignes d'assistance téléphonique. Voir la section IV : Conseils sur les services à distance pour interagir avec des clients suicidaires lors d'un appel d'assistance téléphonique sur la VBG.](#)



35. Wasserman D (2017). *Risque de suicide chez les réfugiés et les demandeurs d'asile. European Psychiatry, 41(S1), S35-S36.*

36. Gargiulo A, Tessitore F, Le Grottaglie F, Margherita G (2021). *Comportements d'automutilation des demandeurs d'asile et des réfugiés en Europe : Revue systématique. Int J Psychol. 56(2):189-98.*

37. Walby S. (2004). *Le coût de la violence conjugale. Londres : Cellule Femmes et Egalité (DTI).*

38. Aitken R et Munro V (2018). *Violence domestique et suicide : explorer les liens avec la clientèle et la main-d'œuvre de Refuge. Londres ; Université de Warwick, Faculté de droit : Refuge.*

39. Programme de connaissances et de pratiques sur la vulnérabilité (VKPP) (2021). *Homicides conjugaux et suicides de victimes présumées pendant la pandémie de Covid-19 2020-2021.*

Établir une ligne d'écoute d'urgence



Les lignes d'écoute d'urgence peuvent aider à atténuer la détresse qu'une personne peut éprouver et peuvent réduire l'intensité de ces sentiments pour permettre la résolution de problèmes et la prise de mesures pratiques en réponse à des problèmes personnels. Les services confidentiels offerts par les lignes d'écoute d'urgence peuvent aider à surmonter l'obstacle de la stigmatisation entourant le suicide et les problèmes de santé mentale qui pourraient empêcher une personne de demander de l'aide.

Les lignes d'écoute d'urgence peuvent :

- fournir un accès 24h sur 24 au personnel formé à l'évaluation et à l'intervention en matière de suicide ;
- évaluer soigneusement le risque de suicide, offrir du soutien, orienter, élaborer un plan de sécurité et prévoir des interventions d'urgence, au besoin ;
- communiquer directement avec les équipes mobiles de crise locales ;
- éviter les visites qui ne sont pas nécessaires aux services d'urgence ;
- intervenir lorsqu'un appelant n'est pas disposé ou en mesure d'assurer sa propre sécurité.

Autres considérations :

- Envisager de renforcer les capacités en matière de prévention du suicide au sein d'autres services d'écoute d'urgence, comme la VBG et la protection de l'enfance.
- Les lignes d'écoute d'urgence dans les contextes humanitaires comprennent rarement du personnel formé à l'évaluation du suicide et à l'intervention spécifiquement destinée aux jeunes. Il faut accorder la priorité à la formation axée sur les enfants et les adolescents pour le personnel des lignes d'écoute d'urgence et établir des liens solides avec les services communautaires de SMSPS.
- Assurer des considérations contextuelles telles que l'accès au téléphone (qui peut être limité pour les femmes ou les jeunes), les restrictions possibles dans les réseaux de télécommunications.

Ressources pertinentes



National Suicide Prevention Lifeline (2021). [Soins de suivi. Une ressource pour établir une ligne d'écoute d'urgence et une liste de contrôle de la ligne d'écoute d'urgence.](#)

AoR VBG et UNFPA (2021). [Directives relatives à la COVID-19 sur les services de lutte contre la VBG à distance axés sur la gestion des cas et les lignes d'assistance téléphonique. Voir la section IV : Comment interagir avec un client suicidaire.](#)



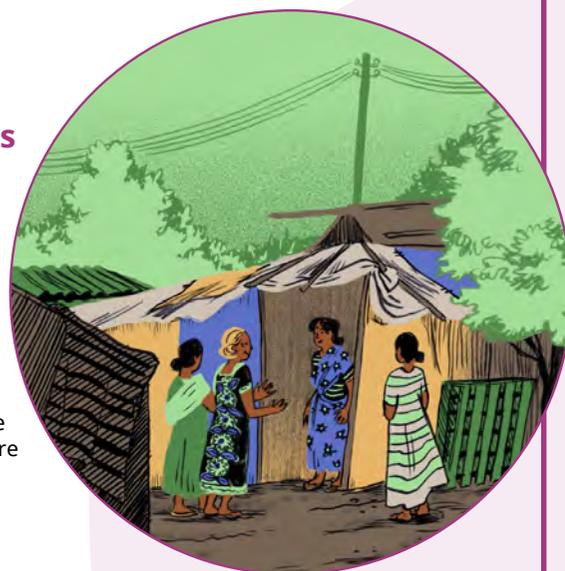
Exemples de terrain



En Ouganda, où vivent 40 % des réfugiés soudanais du sud, le HCR, l'Agence des Nations Unies pour les Réfugiés, a constaté que le nombre de suicides et de tentatives de suicide parmi les réfugiés avait plus que doublé en 2019 par rapport à l'année précédente⁴⁰. Avec le soutien du HCR, l'ONG locale Organisation Psychosociale Transculturelle (TPO) Ouganda a mené un programme de prévention du suicide qui a atteint 9 000 réfugiés et Ougandais dans et autour du camp de réfugiés de Bidibidi en 2019. Entre autres stratégies de soutien, il offrait des conseils sur la façon de gérer les pensées négatives, de demander de l'aide et de participer à des activités sociales. **Des programmes visant à minimiser la stigmatisation entourant la santé mentale et à former des prestataires de soins de santé et des conseillers communautaires ont également été menés**⁴¹.

Une étude a été menée en 2017 auprès de **Sri Lankais vivant dans des camps de réfugiés du sud de l'Inde**

afin d'évaluer la faisabilité d'une intervention qui utilise l'entraide communautaire et le soutien social pour réduire les comportements suicidaires. L'intervention a nécessité un contact régulier et l'utilisation de cartes de planification de la sécurité (CASP). Des bénévoles communautaires ont participé à un programme de formation de 20 heures pour administrer les évaluations et mettre en œuvre l'intervention auprès des réfugiés. **Ces bénévoles ont rendu visite à des personnes à risque élevé**, ils leur ont fourni un soutien émotionnel et ont collaboré avec eux pour créer des cartes de planification de la sécurité qui énuméraient les signes avant-coureurs et les stratégies d'adaptation, ainsi que le soutien disponible. Les résultats de l'étude ont montré que l'intervention pouvait être effectuée facilement et qu'elle pouvait être utilisée pour réduire les comportements suicidaires chez les réfugiés⁴².



En Égypte, les organisations qui soutiennent les réfugiés et les demandeurs d'asile étaient préoccupées par le nombre élevé de tentatives de suicide et de décès. Les attitudes culturelles peuvent amener les familles et les communautés à cacher les personnes à risque. Après un suicide, on reconnaissait que cette personne montrait des signes de dépression ou de désespoir et avait même fait d'autres tentatives. Les communautés en ont discuté et ont convenu qu'une sensibilisation accrue pourrait contribuer aux efforts de prévention. **Le Psycho-Social Services and Training Institute au Caire (PSTIC, un programme de Terre des hommes) a formé des travailleurs psychosociaux réfugiés pour organiser des ateliers de sensibilisation dans les langues locales sur les sites communautaires**. Les ateliers comprenaient des données sur le suicide ; des conversations sur les raisons du désespoir et de la perte ; et des discussions animées avec des questions pour aider les participants à mieux comprendre les attitudes culturelles (par exemple, quelles sont les attitudes de votre communauté à l'égard des personnes qui se suicident ; Comment cela influence-t-il une personne qui a des pensées suicidaires et qui a besoin d'aide ? Comment ces attitudes influencent-elles les familles et les communautés lorsqu'on aide quelqu'un qui a des pensées suicidaires ?). **Les stagiaires ont appris l'importance de la prévention et de prendre les signaux d'alarme sérieusement. Ils ont appris à « S'ADRESSER - QUESTIONNER - ÉCOUTER - SE SOUCIER - ENCOURAGER - ORIENTER - SUIVRE »** : S'ADRESSER immédiatement à la personne à risque et assurer sa sécurité ; POSER des questions pour déterminer le risque ; ÉCOUTER ce qui est dit ; SE SOUCIER de la personne et faire appel au système de soutien social ; ENCOURAGER la personne à être aidée, ainsi que d'autres personnes ; ORIENTER vers des professionnels pour obtenir de l'aide supplémentaire et FAIRE UN SUIVI !

Le Psycho-Social Services and Training Institute au Caire (PSTIC, un programme de Terre des hommes) a formé des travailleurs psychosociaux réfugiés pour organiser des ateliers de sensibilisation dans les langues locales sur les sites communautaires. Les ateliers comprenaient des données sur le suicide ; des conversations sur les raisons du désespoir et de la perte ; et des discussions animées avec des questions pour aider les participants à mieux comprendre les attitudes culturelles (par exemple, quelles sont les attitudes de votre communauté à l'égard des personnes qui se suicident ; Comment cela influence-t-il une personne qui a des pensées suicidaires et qui a besoin d'aide ? Comment ces attitudes influencent-elles les familles et les communautés lorsqu'on aide quelqu'un qui a des pensées suicidaires ?). **Les stagiaires ont appris l'importance de la prévention et de prendre les signaux d'alarme sérieusement. Ils ont appris à « S'ADRESSER - QUESTIONNER - ÉCOUTER - SE SOUCIER - ENCOURAGER - ORIENTER - SUIVRE »** : S'ADRESSER immédiatement à la personne à risque et assurer sa sécurité ; POSER des questions pour déterminer le risque ; ÉCOUTER ce qui est dit ; SE SOUCIER de la personne et faire appel au système de soutien social ; ENCOURAGER la personne à être aidée, ainsi que d'autres personnes ; ORIENTER vers des professionnels pour obtenir de l'aide supplémentaire et FAIRE UN SUIVI !



40. Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (2020). *Augmentation des suicides parmi les réfugiés du Soudan du Sud en Ouganda*.

41. Ibidem

42. Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). *CASP – Une intervention par des bénévoles communautaires pour réduire les comportements suicidaires chez les réfugiés*. *The International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 589–597.

Ressources clés et orientations : renforcement des capacités des travailleurs de première ligne et des gardiens



LIVE LIFE

Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays](#). Partie A : Piliers fondamentaux de LIVE LIFE : Renforcement des capacités et Partie B : Identifier rapidement, évaluer, gérer et suivre toute personne touchée par des comportements suicidaires.



Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. [Activité du PMS 3.2 Transmettre aux travailleurs de première ligne et aux dirigeants communautaires des compétences de base en soutien psychosocial ; 3.13 Assurer la SMSPS par l'entremise de services de gestion des cas de protection.](#)

Pan American Health Organization. [Prévenir l'automutilation et le suicide : des moyens pour les prestataires de soins de santé primaires.](#)

Pan American Health Organization (s.d.). [Mobiliser les communautés en matière de prévention du suicide.](#)

Centre de référence de l'IFRC pour le soutien psychosocial (2022). [Battements de cœur de l'humanité : Prévention du suicide dans le Mouvement Croix rouge Croissant rouge \(Podcast\).](#)



CPI (2007). [Directives du CPI sur la Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Aide-mémoire 4.1-4.1.](#)

Exemples illustratifs du renforcement des capacités de prévention du suicide :

Haroze EE, Decker E, Lee C (2018). [Données probantes pour les programmes de prévention du suicide et d'intervention auprès des réfugiés : Revue systématique et recommandations.](#) Genève : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés.

Haroze EE, Decker E, Lee C, Bolton P, Spiegel, B, Ventevogel P (2020). [Données probantes sur les stratégies de prévention du suicide auprès des populations en situation de déplacement : une revue systématique.](#) *Intervention*, 8(1):37-44.

Vijayakumar L, Mohanraj, R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M. (2017). [CASP - Une intervention par des bénévoles communautaires pour réduire les comportements suicidaires chez les réfugiés.](#) *International Journal of Social Psychiatry*. 63(7):589-597.

3.4. Offrir des soins de santé mentale dans le cadre des services de santé généraux

Pourquoi ?

Dans les contextes humanitaires, il y a habituellement **une grande lacune de traitement pour la santé mentale**, compte tenu de l'augmentation des besoins et de la pénurie de prestataires de services de santé mentale qualifiés.

Les problèmes de santé mentale comme la dépression et la consommation d'alcool et de drogues sont souvent plus fréquents dans les contextes humanitaires et peuvent contribuer au risque de suicide. Un **système de soins de santé mentale** efficace, y compris une formation adéquate du personnel, peut contribuer à la prévention du suicide⁴³.

Comment ?

Intégrer la prestation de **soins de santé mentale dans les services de soins de santé généraux** en formant et en supervisant les prestataires dans l'évaluation, la gestion et le suivi des problèmes de santé mentale prioritaires, y compris le suicide (voir OMS/HCR mhGAP-HIG ou OMS mhGAP 2.0).

Envisager d'élaborer des **protocoles d'intervention détaillés** et de former le personnel de la santé et de la SMSPS à leur utilisation⁴⁴.

Après un contact avec les services de santé après une tentative de suicide, les personnes peuvent se sentir isolées et courent un risque beaucoup plus élevé d'autres tentatives de suicide. Un **suivi systématique** et rapide est essentiel et il a été démontré qu'il réduit le risque de suicide.

La postvention doit être disponible pour les personnes qui ont tenté de se suicider et celles qui ont perdu un proche qui s'est suicidé⁴⁵.

Aborder les conditions de consommation de substances⁴⁶

Surtout **chez les jeunes**, la **consommation de substances** comme mécanisme d'adaptation peut être précipitée par l'exposition à des conflits, des catastrophes, des abus/négligences, des blessures physiques ou des problèmes de santé mentale ; environnements nouveaux et difficiles (camps de réfugiés) ; ennui et marginalisation ; et perte de ressources (sociales et/ou financières) ; et cela peut amplifier les facteurs de risque et les vulnérabilités préexistants et augmenter le risque de suicide. La consommation nocive de drogues et d'alcool peut être abordée au niveau des **soins de santé généraux** (voir également mhGAP-HIG) et **les activités au niveau communautaire** peuvent soutenir des environnements sans alcool ni drogue (lors d'événements spéciaux tels que des événements sportifs pour les jeunes) et introduire des politiques pour limiter la vente d'alcool.



Ressources clés et orientations : offrir des soins de santé mentale dans le cadre des services de santé généraux



LIVE LIFE

Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays. Partie B : LIVE LIFE Interventions clés efficaces : Identifier rapidement, évaluer, gérer et suivre toute personne touchée par des comportements suicidaires.](#)



Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. [Activités du PMS 3.10 Offrir les soins de santé mentale dans le cadre de services de santé généraux ; 3.11 Offrir la SMSPS dans le cadre de soins cliniques pour les personnes ayant survécu à des violences sexuelles et à la violence d'un partenaire intime ; 3.12 Initier ou renforcer la disposition des interventions psychologiques.](#)

Organisation Mondiale de la Santé. [Application mhGAP pour les personnels de santé non spécialisés dans l'évaluation et la gestion de l'automutilation et du suicide.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2019). [Module sur l'automutilation et le suicide du guide d'intervention mhGAP de l'OMS et matériel de formation associé : manuels de formation mhGAP.](#)



CPI (2007). [Directives du CPI sur la Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Aide-mémoire 6.1-6.5.](#)

43. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlegel L, Thanh HTT. (2008). [Efficacité de l'intervention brève et du contact pour les personnes qui tentent de se suicider : Un essai contrôlé randomisé dans cinq pays. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la santé \(OMS\), 86\(9\), 703-709.](#)

44. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2021). [Prévention du suicide pendant la COVID-19.](#)

45. Vijayakumar L (2016). [Suicide chez les réfugiés – Une parodie d'humanité \(Éditorial\). Crise : Le Journal d'intervention de crise et de prévention du suicide, 37\(1\), 1-4.](#)

46. Kane JC, Greene MC (2018). [Aborder les troubles liés à l'alcool et à la toxicomanie chez les réfugiés : Une revue documentaire des approches d'intervention. Genève : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés.](#)

3.5. Développer les compétences personnelles essentielles chez les jeunes

Pourquoi ?

Les jeunes constituent un groupe particulièrement vulnérable au risque de décès par suicide. Au niveau mondial, **le suicide est la quatrième cause de mortalité chez les 15-19 ans**⁴⁷. L'adolescence (10-19 ans) est une période cruciale pour l'acquisition des **compétences socio-émotionnelles** qui constituent le fondement de la santé mentale ultérieure. L'adolescence caractérise également une période à risque pour **l'apparition de troubles de la santé mentale**, la moitié des cas se produisant avant l'âge de 14 ans. En plus, les adolescents vivant dans des contextes humanitaires peuvent être davantage exposés à des problèmes de santé mentale en raison des conditions défavorables qui peuvent perturber leur développement cognitif, émotionnel, social et physique.

Comment ?

Les **établissements d'enseignement** sont le principal point de contact des jeunes. Dans les contextes humanitaires, de nombreux jeunes pourraient être privés de scolarité, ainsi que d'accès à des espaces d'apprentissage appropriés et font souvent partie des personnes les plus vulnérables. Il est important que les programmes atteignent les groupes cibles **en mettant en œuvre une formation aux compétences de vie socio-émotionnelles dans les écoles**, des espaces d'apprentissage informels, des espaces de loisirs, des programmes professionnels, des programmes de compétences de base ou des clubs de jeunes⁴⁸. Considérer également l'intégration dans des activités focalisées sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des enfants (voir activité PMS 3.6⁴⁹), des activités dans les centres de jeunes ou des programmes accessibles adaptés à l'utilisation numérique.

Les mécanismes de soutien par les pairs chez les enfants et les jeunes sont importants à prendre en compte dans ces contextes, d'autant plus que les enfants et les adolescents ont souvent la possibilité et la capacité de développer des compétences pour soutenir leurs amis. Il est important de s'assurer qu'ils peuvent le faire en toute sécurité, sous la surveillance étroite d'un adulte et en veillant à la sauvegarde de l'enfant⁵⁰.

- Identifier les **initiatives existantes** pour développer les compétences de base des jeunes au niveau national ou régional et les manuels et matériels existants qui ont déjà été utilisés et adaptés aux populations cibles.
- **Évaluer les besoins en formations et les capacités** des personnels travaillant dans les contextes sélectionnés (par le biais de consultations avec les enseignants et autres personnels de l'éducation et avec les autorités éducatives telles que les fonctionnaires du Ministère de l'éducation).
- **Reconnaître les facteurs de risque possibles** et les façons de soutenir certains groupes de jeunes (p. ex., les jeunes/adolescents handicapés).



Rappeler aux enseignants ou aux parents que le fait d'avoir une discussion sur le suicide avec les jeunes n'augmente pas le risque de suicide mais leur permet de se sentir plus à l'aise pour leur demander du soutien en cas de besoin.

Sélectionner une intervention fondée sur des données probantes pour les jeunes (voir également la section Ressources ci-dessous).

Adapter le programme à la population et au contexte cibles, en tenant compte des considérations liées à l'âge (par exemple, s'il s'attaque aux mythes existants sur le suicide, s'il traite des facteurs spécifiques au contexte qui entravent la gestion des comportements suicidaires).

- **Mobiliser les personnels de l'éducation** et les autres travailleurs ciblés dans **l'adaptation de la formation** aux contextes locaux. Cela peut renforcer la motivation et l'efficacité de la formation (prendre en compte la culture et le contexte, impliquer les adolescents dans les discussions et le retour d'information pour la conception et l'utilisation du langage).
- **Mobiliser les jeunes** dans les adaptations, la conception et les premiers retours d'information sur le programme (en ce qui concerne l'attitude des étudiants vis-à-vis de la santé mentale, la façon d'identifier les facteurs de risque de suicide, la façon de communiquer les signes avant-coureurs, les comportements courants de recherche d'aide, la meilleure façon de mobiliser leurs pairs).



S'assurer que les écoles disposent d'un plan d'action pour soutenir les étudiants et de liens adéquats avec les services de santé mentale vers lesquels elles peuvent orienter les étudiants à risque. Établir des voies d'orientation claires pour les personnes qui risquent de se suicider et pour les parents, notamment vers les services de santé mentale pour enfants et adolescents, lorsqu'ils existent, et vers les autres services et soutiens nécessaires (les services de santé, de protection sociale et de protection de l'enfance).

Plutôt que de se concentrer explicitement sur le suicide, il est recommandé que les programmes utilisent **une approche positive de la santé mentale**⁵¹. Une prévention efficace du suicide dans les écoles visera à améliorer la sensibilisation à la santé mentale et à réduire la stigmatisation, et renforcera les facteurs de protection tels que les compétences en matière de résolution de problèmes, la prise de décision, la pensée critique, la gestion du stress, la régulation des émotions, l'estime de soi, la conscience de soi, l'identification de l'aide et l'empathie, et les relations interpersonnelles saines⁵².

Durabilité

Identifier les **possibilités de renforcement des capacités à plus long terme**, comme l'inclusion des compétences de base socio-émotionnelles dans les programmes d'enseignement et dans la formation initiale ou continue (développement professionnel des enseignants).

La mise en œuvre des programmes de compétences de base socio-émotionnelles fondée sur des données probantes dans les écoles comprend :

- des activités visant à sensibiliser les jeunes à **la santé mentale** ;
- **une formation de gardien pour le personnel de l'éducation** sur la façon de créer un environnement scolaire favorable, de reconnaître les facteurs de risque et les signes avant-coureurs d'un comportement suicidaire, d'apporter un soutien aux jeunes en détresse et de les orienter vers un soutien supplémentaire en collaboration ;
- faciliter **un environnement scolaire sûr** (programmes de lutte contre le harcèlement, initiatives visant à accroître le lien social, formation du personnel à la création d'un environnement favorable) ;
- créer et renforcer les **liens avec les services de soutien externes** (soins de santé mentale) et fournir ces informations aux étudiants ;
- établir un **soutien spécifique pour les étudiants à risque**, comme ceux qui ont déjà fait une tentative de suicide, qui ont été endeuillés par un suicide ou qui appartiennent à des groupes à risque de suicide (en raison de leur orientation sexuelle ou d'une minorité de genre) ;
- fournir **une politique et des protocoles clairs pour le personnel** lorsqu'un risque de suicide est identifié (notamment en garantissant l'anonymat des étudiants et en indiquant qui doit et ne doit pas être informé des détails concernant un étudiant) ; pour la communication d'une tentative ou d'un suicide parmi le personnel ou les étudiants ; et pour aider un étudiant à retourner à l'école après une tentative de suicide ;
- **l'implication des parents** pour les sensibiliser à la santé mentale et aux facteurs de risque ;
- sensibiliser à une **utilisation saine de l'Internet et des réseaux sociaux** (utilisation sûre de l'Internet, utilisation des réseaux sociaux pour créer un soutien social sain, reconnaissance et réaction à une activité en ligne malsaine telle que l'intimidation) ;
- développer des **initiatives visant à traiter d'autres facteurs de risque** pour les jeunes (par exemple, la violence parentale, les traumatismes familiaux, la consommation de substances).

47. Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays.](#)

48. La version 2012 des normes minimales de protection de l'enfance dans l'action humanitaire (CPMS) comprenait la « norme 17 : Des espaces accueillants pour les enfants ». Dans l'édition 2019, celle-ci a été remplacée par la « norme 15, plus large : Activités en groupe pour le bien-être des enfants ». Les activités de groupe structurées pour le bien-être de l'enfant (parfois connues sous le nom de programmes « guidés » ou « par manuels ») impliquent une série de sessions animées, planifiées selon un programme d'études aux objectifs explicites de SMSPS.

49. Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. [Activité du PMS 3.6 Offrir des activités en groupe pour la santé mentale et le bien-être psychosocial des enfants.](#)

50. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2021). [Je soutiens mes amis : Une formation pour enfants et adolescents sur la façon de soutenir un ami en détresse.](#)

51. Une approche positive en matière de santé mentale consiste à favoriser les points forts et les capacités des étudiants et à les aider à développer de nouvelles compétences pour améliorer le bien-être mental général plutôt que de se concentrer spécifiquement sur le suicide.

52. Organisation Mondiale de la Santé (2014). [Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial.](#)

Ressources clés : OMS et UNICEF : Helping Adolescents Thrive (HAT) (aider les adolescents à s'épanouir)



L'OMS et l'UNICEF ont développés les directives d'une initiative conjointe intitulée [HAT \(Helping Adolescents Thrive\)](#), qui fournissent des recommandations fondées sur des données probantes concernant les interventions psychosociales visant à promouvoir la santé mentale, à prévenir les troubles de santé mentale et à réduire les actes d'automutilation et les d'autres comportements à risque chez les adolescents. Les directives sont conçues dans le but d'être diffusées sur diverses plateformes telles que les écoles, les services de santé ou d'aide sociale, la communauté ou les médias numériques. Les directives comprennent un ensemble d'interventions - la boîte à outils HAT - qui a été développée pour soutenir l'opérationnalisation des directives. La boîte à outils décrit des programmes qui montre la preuve de la promotion de la santé mentale chez les adolescents ou de la réduction des facteurs de risques des troubles de santé mentale, la consommation de substance et les actes d'automutilation. La boîte à outils focalise sur : 1. améliorer les lois et les politiques ; 2. améliorer la qualité des environnements dans les écoles, les communautés et les espaces numériques pour promouvoir et protéger la santé mentale des adolescents ; 3. soutenir les carrières ; et 4. améliorer les compétences psychologiques des adolescents.

Ressources clés et orientations : développer les compétences personnelles essentielles chez les jeunes



LIVE LIFE Organisation Mondiale de la Santé (2021). [LIVE LIFE : Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays. Partie B : LIVE LIFE Interventions clés efficaces : encourager les compétences personnelles essentielles chez les adolescents.](#)



Le paquet minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial. [Activités du PMS 3.6 Proposer des activités de groupe pour la santé mentale et le bien-être psychosocial des enfants ; 3.8 Soutenir le personnel éducatif pour promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial des enfants ; 3.12 Initier ou renforcer l'offre d'interventions psychologiques.](#)

Organisation Mondiale de la Santé (2021). [Directives relatives à la conduite d'interventions de promotion et de prévention auprès des adolescents : aider les adolescents à s'épanouir \(HAT\).](#)

Organisation mondiale de la Santé (2000). [Prévention du suicide : ressource pour les enseignants et autres personnels scolaires.](#)

Hope Squad (2021). [What is Hope Squad?](#)

Centre de ressources sur la prévention du suicide (2002). [Améliorer les compétences de base et la résilience.](#)

Fondation américaine pour la prévention du suicide et Centre de ressources sur la prévention du suicide (2011). [Après un suicide : Une boîte à outils pour les écoles.](#)

Karolinska Institutet (2021). [SEYLE : Saving and Empowering Young Lives in Europe.](#)

Papyrus (2018). [Bâtir des écoles et des universités plus sûres contre le suicide : Un guide pour les enseignants et le personnel.](#)

Save the Children (2017). [PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES II: Gérer les traumatismes des enfants.](#)

Administration des services de toxicomanie et de santé mentale (2012). [Prévention du suicide : Une boîte à outils pour les écoles.](#)

[Sources of Strength \(s.d.\).](#)



CPI (2007). [Directives du CPI sur la Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Aide-mémoire 7.1.](#)

Remerciements

Le contenu de cette publication a été élaboré par le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence).

Le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence tient à remercier sincèrement et à saluer l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'International Medical Corps (IMC) pour avoir dirigé l'élaboration de la publication et coordonné les analyses et les révisions.

Le Groupe de référence est reconnaissant pour les précieuses contributions reçues des membres du groupe thématique dédié à l'élaboration de la publication : L'Agence allemande pour la coopération internationale (GIZ), le Centre psychosocial de la IFRC, la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC), l'Organisation internationale pour les migrations (IOM), le Comité international de secours (IRC), l'Université John Hopkins (JHU), Médecins du Monde (MdM), le Collaboratif SMSPS, l'Institut des services psycho-sociaux et de la formation au Caire (PSTIC), Save the Children, Le Centre Carter, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), War Child Hollande. Des contributions supplémentaires précieuses à cette publication ont été reçues des agences du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) et des agences partenaires, notamment Médecins Sans Frontières (MSF), l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), l'Université de Palo Alto, Trócaire, le Fonds international des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ainsi que des praticiens individuels, des experts et des partenaires académiques. en Emergencia (UNICEF), así como profesionales individuales, expertos y socios académicos.

La conception est réalisée par The Ink Link.

Comment cette note d'orientation a été élaborée

Le groupe de référence CPI SMSPS a identifié le suicide et l'automutilation comme un problème important dans les contextes humanitaires difficiles et à faibles ressources, avec le besoin de conseils et d'outils plus pratiques pour soutenir le personnel et les programmes SMSPS.

Ce document s'appuie sur des ressources existantes, dont certaines ont été élaborées au cours de la même période que le document actuel, telles qu'une analyse bibliographique commandée par Sonali Gupta (2020)⁵³, le document WHO LIVE LIFE⁵⁴ et le projet de document du HCR Prévention et atténuation du suicide dans les camps de réfugiés : Une boîte à outils pour une action multisectorielle⁵⁵.

Des contributions techniques supplémentaires ont été reçues de personnes travaillant dans différents domaines thématiques (par exemple, la protection des enfants et de l'enfance (PE), la violence basée sur le genre (VBG)).

La note d'orientation a fait l'objet de plusieurs séries d'analyses techniques par les acteurs humanitaires soutenant la programmation SMSPS afin d'obtenir des commentaires précieux des acteurs aux niveaux national, régional et du siège. Cela comprenait deux analyses complètes par tous les membres du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence.

Pour entrer en contact avec nous faire part de vos commentaires sur cette publication, veuillez adresser un courriel au groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence : mhps.refgroup@gmail.com.

IASC Inter-Agency
Standing Committee

53. Gupta S. (2020). *Analyse bibliographique : Suicide et automutilation dans les contextes humanitaires. Analyse non publiée pour éclairer le travail du sous-groupe thématique du CPI sur la lutte contre le suicide et l'automutilation dans les contextes humanitaires.*

54. Organisation mondiale de la Santé (2021). *LIVE LIFE : Un guide de mise en œuvre pour la prévention du suicide dans les pays.*

55. UNHCR (2022). *Versión preliminar : Prévenir le suicide et atténuer les risques de suicide dans les camps de réfugiés : Une boîte à outils multisectorielle pour les opérations du HCR.*