



GUIDE PRATIQUE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LES PAYS



Organisation
mondiale de la Santé

Région africaine

LIVE LIFE

**Guide pratique pour la prévention
du suicide dans les pays**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Région africaine

Live life : Guide pratique pour la prévention du suicide dans les pays

ISBN : 978-929031374-8

© **Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2022**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO) ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée : Live life : Guide pratique pour la prévention du suicide dans les pays. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Crédits photos de la couverture (dans cet ordre) : OMS/Anna Karia, OMS/Tom Pietrasik, OMS/Heehaw, OMS/Tom Pietrasik, OMS/Lianne Gutcher, OMS/Lianne Gutcher, OMS/Anna Kari and OMS/Sergey Volkov

Conception graphique et mise en page: Kellie Hopley Design Ltd

SOMMAIRE

INDEX DES ENCADRÉS	iv
AVANT-PROPOS	vii
REMERCIEMENTS	viii
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	x
INTRODUCTION	1
PARTIE A. PILIERS FONDAMENTAUX DE L'APPROCHE LIVE LIFE	7
Analyse de la situation	8
Collaboration multisectorielle	14
Sensibilisation et plaidoyer	27
Renforcement des capacités	34
Financement	42
Surveillance	49
Suivi et évaluation	57
PARTIE B. LIVE LIFE : INTERVENTIONS CLÉS EFFICACES POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE	61
limiter l'accès aux moyens de suicide	62
Collaborer avec les médias pour une couverture responsable du suicide	69
Favoriser l'acquisition de compétences socio-émotionnelles chez les adolescents	75
Identifier, évaluer, prendre en charge et suivre rapidement toute personne affectée par des comportements suicidaires	81
ANNEXE 1. SECTEURS ET ACTEURS DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE	87
ANNEXE 2. AUTRES EXEMPLES ISSUS DES PAYS	88
ANNEXE 3. CADRE DES INDICATEURS DE L'APPROCHE LIVE LIFE	111
ANNEXE 4. RESSOURCES	117
RÉFÉRENCES	128

INDEX DES ENCADRÉS

Encadré 1. Formation d'un comité d'orientation et de groupes de travail	3
Encadré 2. Prévention du suicide dans les situations d'urgence	5
Encadré 3. Analyse de la situation de la prévention du suicide, République tchèque	11
Encadré 4. Étude nationale sur le suicide, Namibie	12
Encadré 5. Dépénalisation du suicide, Irlande	15
Encadré 6. Influence des circonstances sur les efforts multisectoriels de prévention du suicide, Suriname	15
Encadré 7. Intégrer la prévention du suicide dans la politique de santé mentale et de lutte contre l'usage de substances psychoactives, Liban	16
Encadré 8. Adaptations pour la mise en œuvre au niveau local et les populations prioritaires	18
Encadré 9. Comment le gouvernement a facilité la coopération multisectorielle, Bhoutan	19
Encadré 10. Formation de partenariats public-privé, États-Unis d'Amérique	20
Encadré 11. Influence au plus haut niveau, Australie	21
Encadré 12. Impliquer les personnes ayant une expérience vécue	21
Encadré 13. Sauver des vies, sous l'impulsion de la communauté, Inde	23
Encadré 14. Groupe de travail présidentiel sur la prévention du suicide, Sri Lanka	24
Encadré 15. La sensibilisation crée une demande de services, Kenya	28
Encadré 16. Mois national de sensibilisation au suicide, Japon	28
Encadré 17. See Me - lutter contre la stigmatisation, Écosse	29
Encadré 18. Des champions déterminés et engagés, États-Unis d'Amérique	30
Encadré 19. Transformer le chagrin en action contre le suicide, Irak	31
Encadré 20. Mise à l'échelle de la formation multisectorielle des sentinelles, Malaisie	35
Encadré 21. Renforcement des capacités des juges, Ghana	36
Encadré 22. Renforcer les capacités du personnel de santé pour la prévention du suicide, Guyana	38
Encadré 23. Renforcement des capacités pour la prévention du suicide sur le lieu de travail, Australie	39
Encadré 24. Liste de contrôle : demander des fonds sur les budgets nationaux et régionaux	44
Encadré 25. Philanthropes, Ghana	45
Encadré 26. Essai national de prévention du suicide, Australie	46
Encadré 27. Surveillance, Sri Lanka	51
Encadré 28. Surveillance de l'autodestruction, Fédération de Russie	52
Encadré 29. Système d'enregistrement des cas d'autodestruction et de suicide, République islamique d'Iran	54
Encadré 30. Surveillance, tribu apache de White Mountain, États-Unis d'Amérique	55
Encadré 31. Suivi et évaluation d'une stratégie nationale de prévention, Irlande	59

Encadré 32. Interdiction des pesticides très dangereux, Sri Lanka	63
Encadré 33. Une réussite exemplaire, République de Corée	67
Encadré 34. Suivi des médias, Lituanie	69
Encadré 35. Le prix Papageno pour les médias, Autriche	71
Encadré 36. Succès et défis de la mobilisation des médias, Malaisie	73
Encadré 37. Lignes directrices pour les médias, Trinité-et-Tobago	73
Encadré 38. Programme d'aide à l'épanouissement des adolescents (Helping adolescents thrive, HAT) de l'Organisation mondiale de la Santé	76
Encadré 39. Application fondée sur des données factuelles pour les adolescents aborigènes et insulaires du détroit de Torres, Australie	76
Encadré 40. Youth Aware of Mental Health (YAM), de la recherche à la mise en œuvre, Suède	79
Encadré 41. Prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide, République de Corée	81
Encadré 42. Soins de suivi spécifiques aux aborigènes, Australie	84
Encadré 43. Mise à l'échelle des services de santé mentale et de la prévention du suicide, République islamique d'Iran	85
Encadré 44. Système d'analyse des données et des idées, Australie	88
Encadré 45. Étude nationale sur le suicide, Irak	89
Encadré 46. Analyse de la situation, République arabe syrienne	90
Encadré 47. Exemple de collaboration multisectorielle ascendante, Brésil	91
Encadré 48. Collaboration multisectorielle, Canada	92
Encadré 49. Politique et législation en matière d'alcool, Fédération de Russie	92
Encadré 50. Participation significative des personnes ayant une expérience vécue à la prévention du suicide, Écosse	93
Encadré 51. Roses in the Ocean - une organisation pour les personnes ayant une expérience vécue du suicide, Australie	94
Encadré 52. Intégration d'une approche nationale et pangouvernementale, États-Unis d'Amérique	96
Encadré 53. Prévention et prise en charge du suicide, Cisjordanie et bande de Gaza	97
Encadré 54. Sensibilisation et plaidoyer, Canada	98
Encadré 55. Journée mondiale de la santé mentale et Journée mondiale de la prévention du suicide	98
Encadré 56. Adaptation aux LGBTIQ d'une formation de sentinelles reposant sur des bases factuelles, Australie	99
Encadré 57. Projet de formation des sentinelles de la communauté, Canada	100
Encadré 58. Renforcement des capacités, République islamique d'Iran	100

Encadré 59. Programme de santé mentale et de soutien psychosocial de l'OIM : prévention du suicide et riposte, Irak	101
Encadré 60. Évaluation de la formation des sentinelles, Pays-Bas	102
Encadré 61. Prévention du suicide, Turquie	102
Encadré 62. Registre des suicides du Queensland, Australie	103
Encadré 63. Surveillance des traumatismes volontaires, Brésil	104
Encadré 64. Observatoire des comportements suicidaires, Amérique centrale et République dominicaine	104
Encadré 65. Système de surveillance des actes d'autodestruction de l'hôpital universitaire Aga Khan (AKUH-SHMS), Pakistan	105
Encadré 66. Interdiction des pesticides, Bangladesh	106
Encadré 67. Limiter l'accès aux moyens de suicide dans la communauté, Canada	106
Encadré 68. Limiter l'accès aux pesticides, Fidji	106
Encadré 69. Interdiction du paraquat, Malaisie	107
Encadré 70. Adaptation et mise en œuvre des lignes directrices pour une couverture médiatique responsable du suicide, Slovénie	108
Encadré 71. Réseau d'animateurs de groupes de soutien aux personnes endeuillées par le suicide, Canada	109
Encadré 72. Suivi des personnes ayant fait une tentative de suicide, République islamique d'Iran	109
Encadré 73. L'aide au rétablissement : une profession émergente, Pologne	110



© WHO / NOOR / Arko Datto

AVANT-PROPOS

Tout décès par suicide est un événement profondément triste. Il est extrêmement douloureux pour les membres de la famille et les amis proches qui ne peuvent pas comprendre pourquoi cela s'est produit. Inévitablement, leur tristesse est décuplée lorsqu'ils se demandent ce qu'ils auraient pu faire pour empêcher cette mort prématurée.

Chaque année, plus de 700 000 personnes se suicident dans le monde. Chaque décès est une tragédie qui a d'énormes conséquences pour les familles, les amis et les communautés. Ces décès prématurés et inutiles sont la raison pour laquelle ce guide est si important.

Nous ne pouvons continuer à ignorer le suicide. Bien que certains pays aient fait de la prévention du suicide une priorité, trop de pays ne se sont toujours pas engagés. Les cibles des objectifs de développement durable des Nations Unies et du Plan d'action pour la santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé visant à réduire le taux de mortalité par suicide dans le monde ne seront pas atteintes si nous ne transformons pas nos efforts pour mettre en œuvre des actions efficaces de prévention du suicide.

LIVE LIFE est l'approche de l'OMS en matière de prévention du suicide. Elle expose en détail les aspects pratiques de la mise en œuvre de quatre interventions fondées sur des données probantes pour prévenir le suicide, ainsi que six piliers transversaux qui sont essentiels pour cette mise en œuvre. Tout au long de ce guide, les interventions et les piliers de l'approche LIVE LIFE sont accompagnés d'études de cas provenant de pays du monde entier. Ces études de cas présentent un large éventail d'activités inspirantes dans des contextes divers. Nous espérons que les décideurs prendront en compte les leçons apprises par les pays et les communautés

dont l'action a été efficace dans la prévention du suicide.

L'approche LIVE LIFE reconnaît le rôle que jouent à la fois les gouvernements et les communautés dans la mise en œuvre d'actions de prévention du suicide. Actuellement, 38 pays sont connus pour avoir une stratégie nationale de prévention du suicide. Bien qu'une stratégie nationale de prévention du suicide financée qui inclut les interventions et les piliers de l'approche LIVE LIFE reste le point d'orgue d'une riposte au suicide menée par le gouvernement, l'absence d'une telle stratégie ne doit pas empêcher un pays de commencer la mise en œuvre de cette approche. En mettant en œuvre l'approche LIVE LIFE, les pays seront en mesure d'élaborer une riposte nationale intégrée en matière de prévention du suicide.

Le présent guide sert de catalyseur pour que les gouvernements prennent des mesures reposant sur des données factuelles. Il permet aux pays de protéger la vie des personnes qui se trouvent dans une détresse insupportable et qui sont à risque de suicide.

Mais prévenir le suicide n'est pas la responsabilité des gouvernements seule. Chacun de nous a un rôle à jouer, en veillant à nos amis, familles et collègues et leur offrant notre soutien quand nous pensons qu'ils pourraient en avoir besoin. Cela peut faire toute la différence.

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

REMERCIEMENTS

CONCEPTUALISATION ET ORIENTATIONS

Dévora Kestel (OMS), Mark van Ommeren (OMS)

COORDINATION DE PROJET ET ÉDITION

Alexandra Fleischmann (OMS), Aiysha Malik (OMS), Amrita Parekh (Inde), Hannah Wilson (Royaume-Uni)

CONTRIBUTION TECHNIQUE ET/OU RÉVISION¹

Contributeurs et critiques internationaux

Sabah Abdulrahman (Irak), Esra Alatas (Turquie), Louis Appleby (Royaume-Uni), Ella Arensman (Irlande), Anna Baran (Pologne), Sandra Barnes (États-Unis d'Amérique), José Bertolote (Brésil), Daria Biechowska (Pologne), Karline Brathwaite (Trinité-et-Tobago), Felicity Brown (Jordanie), Vladimir Carli (Suède), Lai Fong Chan (Malaisie), Mary Cwik (États-Unis d'Amérique), Jayamal De Silva (Sri Lanka), Michael Eddleston (Royaume-Uni), Bronwen Edwards (Australie), Rabih El Chammay (Liban), Gerdien Franx (Pays-Bas), Tobi Graafsma (Suriname), Alexander Grabenhofer-Eggerth (Autriche), Jorgen Gullestrup (Australie), David Gunnell (Royaume-Uni), Ahmad Hajebi (République islamique d'Iran), Lyndal Halliday (Australie), Gregor Henderson (Royaume-Uni), Andrea Horvath (États-Unis d'Amérique), Gerard Hutchinson (Trinité-et-Tobago), Linda Jaber (Cisjordanie et bande de Gaza), Samah Jabr (Cisjordanie et bande de Gaza), James Jopling (Royaume-Uni), Manfredine Kandjii (Namibie), Alexandr Kasal (République tchèque), Tim Kendall (Royaume-Uni), Murad Khan (Pakistan), Myung Ki (République de Corée), Nour Kik (Liban), Kairi Kõlves (Australie), Johanna Lechner (Jordanie), Kirsty Licence (Royaume-Uni), Kazem Malakouti (République islamique d'Iran), Gamini Manuweera (Suisse), Hatem Alaa Marzouk (Égypte), Janey McGoldrick (Australie), Richard McKeon (États-Unis d'Amérique), John Mitchell (Royaume-Uni), Yutaka Motohashi (Japon), Merab Mulindi (Kenya), Jay Nairn (Royaume-Uni), Ashley Nemiro (Danemark), Thomas Niederkrotenthaler (Autriche), Merete Nordentoft (Danemark), Kevin O'Neill (Royaume-Uni), Joseph Osafo (Ghana), Jong-Woo Paik (République de Corée), Elise Paul (Royaume-Uni), Jane Pearson (États-Unis d'Amérique), Jane Pirkis (Australie), Steven Platt (Royaume-Uni), Gwendolyn Portzky (Belgique), Vita Postuvan (Slovénie), György Purebi

(Hongrie), Jerry Reed (États-Unis d'Amérique), Dan Reidenberg (États-Unis d'Amérique), Mohsen Rezaeian (République islamique d'Iran), Util Richmond-Thomas (Guyana), Joanna Rogalska (Pologne), Ignas Rubikas (Lituanie), Shekhar Saxena (États-Unis d'Amérique), Fiona Shand (Australie), Jaelea Skehan (Australie), Eve Stamate (Australie), Clare Stevens (États-Unis d'Amérique), Deborah Stone (États-Unis d'Amérique), Elly Stout (États-Unis d'Amérique), Karla Thorpe (Canada), Barbara Van Dahlen (États-Unis d'Amérique), Lakshmi Vijayakumar (Inde), Yeshe Wangdi (Bhoutan), Danuta Wasserman (Suède), Claire Whitney (États-Unis d'Amérique), Shirley Windsor (Royaume-Uni), Petr Winkler (République tchèque), Brianna Woodward (Australie), Joana Zasmavičienė (Lituanie).

Participants aux réunions d'élaboration et de finalisation du guide

Helal Uddin Ahmed (Bangladesh), Ella Arensman (Irlande), Phanindra Prasad Baral (Népal), Karline Brathwaite (Trinité-et-Tobago), Vladimir Carli (Suède), Lai Fong Chan (Malaisie), Jayamal De Silva (Sri Lanka), Mindu Dorji (Népal), Ahmad Hajebi (République islamique d'Iran), Manfredine Kandjii (Namibie), Basu Dev Karki (Népal), Alexandr Kasal (République tchèque), Elena Kazantseva (Mongolie), Myung Ki (République de Corée), Masashi Kizuki (Japon), Kätlin Mikiver (Estonie), Yutaka Motohashi (Japon), Jane Pirkis (Australie), Steven Platt (Royaume-Uni), Juan Manuel Quijada Gaytán (Mexique), Thilini Rajapakshe (Sri Lanka), Rohan Ratnayake (Sri Lanka), Util Richmond-Thomas (Guyana), Ignas Rubikas (Lituanie), Diana Tejadilla (Mexique), Yongsheng Tong (Chine), Bayarmaa Vanchindorj (Mongolie), Esther Walter (Suisse), Yeshe Wangdi (Bhoutan), Claire Whitney (États-Unis d'Amérique), Anna Williams, (Royaume-Uni), Petr Winkler (République tchèque).

Siège de l'OMS

Richard Brown, Kenneth Carswell, Batool Fatima, Michelle Funk, Brandon Gray, Fahmy Hanna, Brian Ogallo, Alison Schafer, Chiara Servili, Inka Weissbecker.

Bureaux régionaux de l'OMS

Florence Baingana, Bureau régional de l'Afrique ; Renato Oliveira e Souza, Claudina Cayetano et Carmen Martinez Viciano, Bureau régional des Amériques ; Nazneen Anwar, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ; Dan Chisholm, Elena

¹ Le guide pratique de l'approche LIVE LIFE a été élaboré à la suite d'un processus consultatif au cours duquel des experts techniques et de pays, des responsables de la mise en œuvre et des personnes ayant une expérience vécue de toutes les régions de l'OMS ont participé à une enquête et à des entretiens, ainsi qu'à deux réunions de consultation et à un examen international.

Shevkun et Meredith Fendt-Newlin, Bureau régional de l'Europe ; Khalid Saeed, Bureau régional de la Méditerranée orientale ; Martin Vandendyck, Bureau régional du Pacifique occidental.

Bureaux de pays de l'OMS

Catarina Dahl, bureau de pays du Brésil ; Jennifer Hall, bureau de pays de Fidji ; Edwina Zoghbi, bureau de pays du Liban ; Bolormaa Sukhbaatar, bureau de pays de la Mongolie ; Kedar Marahatta, bureau de pays du Népal ; Olga Manukhina, bureau de pays de la Fédération de Russie ; Thirupathy Suveendran, bureau de pays du Sri Lanka ; Wendy Emanuelson-Telgt, bureau de pays du Suriname ; Taraleen Malcolm, bureau de pays de Trinité-et-Tobago ; Manuel De Lara et Akfer Karaoğlan Kahiloğullari, bureau de Pays de la Turquie ; Rajiah Abu Sway, bureau de pays de la Cisjordanie et de la bande de Gaza.

Administrative supportAppui administratif

Ophel Riano (OMS), Evelyn Finger (OMS), Zahiri Malik (OMS).

Équipe de production

Édition : David Bramley, Suisse

L'OMS tient à remercier les suivants pour leurs contributions financières:

- le Gouvernement du Japon ;
- le Centre coréen de prévention du suicide ; et
- le Partenariat de Couverture Sanitaire Universelle (Universal Health Coverage Partnership), qui reçoit du financement et du soutien de la part de :
 - » Belgique
 - » Union européenne
 - » Luxembourg – Aid & Development
 - » Irlande – Irish Aid
 - » France – Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
 - » Japon – Ministry of Health, Labour and Welfare
 - » Royaume-Uni – Department for International Development
 - » Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

INTRODUCTION

Plus de 700 000 personnes perdent la vie par suicide chaque année. La réduction d'un tiers du taux mondial de mortalité par suicide d'ici à 2030 est à la fois un indicateur et une cible (la seule pour la santé mentale) dans les objectifs de développement durable des Nations Unies et dans le Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013–2030. Le treizième programme général de travail 2019–2023 de l'OMS comprend le même indicateur avec une réduction de 15 % à l'horizon 2023.

Le monde n'est pas sur la bonne voie pour atteindre les cibles de la réduction du suicide fixées pour 2030. L'OMS encourage les pays à prendre des mesures pour prévenir le suicide, idéalement par le biais d'une stratégie nationale intégrée de prévention du suicide. Les gouvernements et les communautés peuvent contribuer à la prévention du suicide en mettant en œuvre l'approche LIVE LIFE de l'OMS, dont le but est de servir de base pour commencer la prévention du suicide, et dont ils peuvent s'inspirer pour élaborer une stratégie nationale intégrée de prévention du suicide. Le présent guide s'adresse à tous les pays, qu'ils disposent actuellement ou non d'une stratégie nationale de prévention du suicide.

PARTIE A. PILIERS FONDAMENTAUX DE L'APPROCHE LIVE LIFE

Les piliers fondamentaux de l'approche LIVE LIFE sont les suivants:

- analyse de la situation,
- collaboration multisectorielle,
- sensibilisation et plaidoyer,
- renforcement des capacités,
- financement, et
- surveillance, suivi et évaluation.

La partie A examine chacun de ces piliers fondamentaux en posant les questions suivantes : « quoi ? », « pourquoi ? », « où ? », « quand ? », « qui ? » et « comment ? ». Pour chaque pilier, un tableau indique les éléments à inclure, des exemples du monde entier sont fournis dans des encadrés et chaque sous-section se termine par des « conseils de mise en œuvre ».

L'analyse de la situation fournit le contexte et le profil actuel du suicide et de sa prévention. Elle est donc importante pour éclairer la planification et la mise en œuvre des activités de prévention

du suicide. L'analyse peut être effectuée à l'échelle nationale, régionale ou locale et devrait être menée au début des efforts de prévention du suicide par un groupe de travail dédié composé de spécialistes, de parties prenantes et de personnes ayant une expérience vécue du suicide. Le groupe de travail collecte des données (telles que les taux de suicide et d'autodestruction, les méthodes utilisées, les facteurs déclencheurs ou protecteurs, la législation, les services et les ressources), effectue l'analyse de la situation, produit un rapport et le partage avec les décideurs, les responsables politiques et les bailleurs de fonds afin d'influencer la mobilisation des ressources et/ou le mandat concernant les actions à mener. Les principales préoccupations sont d'assurer la confidentialité, de protéger l'intimité des personnes et d'éviter d'encourager les suicides.

Une collaboration multisectorielle est nécessaire car les facteurs de risque de suicide sont liés à de nombreux domaines. Une approche pangouvernementale ou pansociétale s'applique à tous les secteurs ou départements du gouvernement et inclut des groupes non gouvernementaux et communautaires. Sous la direction du gouvernement, cette approche facilite le partage des connaissances, l'échange des méthodologies et des leçons apprises, ainsi que le partage des données et des études sur le suicide. Elle favorise également la transparence et la responsabilisation. Cette collaboration doit commencer tôt et le gouvernement comme les partenaires doivent y être préparés. Une approche multisectorielle repose sur une vision de la collaboration et une méthode d'engagement convenue, avec des évaluations systématiques. Des problèmes peuvent survenir si les secteurs non sanitaires considèrent que le suicide est uniquement un problème de santé. Le rôle de chaque partie prenante doit être clairement défini et des actions doivent être convenues au cas où les parties prenantes auraient des difficultés à assumer leurs responsabilités.

La sensibilisation et le plaidoyer dépendent d'un processus organisé de communication qui cible un public. La sensibilisation attire l'attention des gens sur le fait que le suicide, entre autres, est un grave problème de santé publique. Le plaidoyer vise à provoquer des changements tels que la dépénalisation ou une stratégie nationale de prévention du suicide. La sensibilisation et le plaidoyer en faveur de la prévention du suicide peuvent aller d'événements organisés dans une seule communauté à des campagnes de communication publique à l'échelle nationale, et peuvent être des événements continus, réguliers ou annuels (comme la Journée mondiale de prévention du suicide), avec des «

champions » menant des campagnes publiques. Il est important de décider du message à communiquer, de l'adapter au public cible, de sélectionner les moyens de communication et de tester au préalable l'acceptabilité et l'effet potentiel du message. Les initiatives doivent avoir un objectif clair et comporter un appel à l'action, par exemple mettre les personnes en relation avec des services d'accompagnement plutôt que de s'attaquer au suicide en général.

Le renforcement des capacités peut être coordonné au niveau national ou mené au sein de la communauté. Il peut se faire en incluant la prévention du suicide dans la formation initiale ou continue des agents de santé, mais il peut aussi être déclenché lorsque des problèmes tels que des taux élevés de suicide ou la stigmatisation apparaissent. p.xi Il peut s'adresser aux agents de santé, au personnel des services d'urgence, aux enseignants et aux animateurs de jeunesse, ainsi qu'à d'autres personnes telles que les coiffeurs ou les barmans qui discutent souvent avec leurs clients. Pour les agents de santé non spécialisés et les agents de santé communautaires, le module autodestruction/suicide du Guide d'intervention OMS du Programme d'action mondial pour la santé mentale et les matériels de formation associés peuvent être utilisés. Un modèle de formation des formateurs est recommandé, car il augmente les ressources humaines disponibles pour dispenser la formation. Avec un tel éventail d'apprenants, il est important que la formation soit adaptée au contexte socioculturel et qu'elle renforce les connaissances des bénéficiaires sur le suicide et sa prévention.

Le financement de la prévention du suicide est souvent maigre en raison de facteurs tels que les mauvaises conditions économiques, le fait de ne pas considérer le suicide comme un problème grave et de ne pas lui accorder la priorité nécessaire, et le manque de reconnaissance du caractère évitable des suicides. Les demandes de fonds doivent mettre l'accent sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de plans, et pas seulement sur la mise en place de services. Le guide fournit des orientations sur la manière d'aborder la collecte de fonds pour la prévention du suicide, en précisant qu'il doit s'agir d'un processus continu. Les étapes de la définition du budget sont décrites, ainsi que la recherche et l'identification de bailleurs de fonds potentiels, l'élaboration de propositions et le maintien des relations avec les bailleurs de fonds, quelle que soit leur décision. Les groupes concernés sont encouragés à partager des cas qui démontrent l'effet des interventions de prévention du suicide bien financées.

La surveillance peut fournir des données sur le suicide et l'autodestruction afin d'orienter les interventions menées dans le cadre de l'approche LIVE LIFE. Les sources de données telles que les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, les dossiers de santé et de police, les autopsies verbales et les enquêtes sur la population sont mises en avant, bien que cela dépende en grande partie de l'ampleur de la surveillance du suicide et de l'autodestruction effectuée auparavant. La préférence doit être donnée à l'obtention de données de qualité à partir de plusieurs lieux représentatifs plutôt que de données de mauvaise qualité provenant de l'ensemble du pays. Les principaux résultats, notamment les taux et les tendances en matière de suicides et d'autodestruction, peuvent contribuer à orienter les activités de prévention. Par conséquent, il est important de publier régulièrement des rapports pour éclairer l'action.

Le suivi et l'évaluation doivent permettre de déterminer si une intervention a été efficace, si elle a été menée comme prévu et si elle a été efficiente en termes de rapport qualité/prix. La détection de changements dans les taux de suicide est difficile, mais elle est nécessaire pour évaluer si l'approche LIVE LIFE atteint le résultat escompté, à savoir la réduction du nombre de suicides et d'autodestructions. Le suivi et l'évaluation nécessiteront probablement une équipe spécialisée (comprenant, par exemple, des épidémiologistes, des statisticiens et des personnes chargées de la collecte de données) et il peut être utile de s'associer à des institutions universitaires. Les résultats devront être définis et les indicateurs identifiés, l'objectif principal étant une réduction des taux de suicide et d'autodestruction. Le guide souligne que sans objectifs et indicateurs clairs, il sera difficile de montrer les progrès réalisés et donc de justifier le financement.

PARTIE B. L'APPROCHE LIVE LIFE : INTERVENTIONS CLÉS EFFICACES POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Les interventions décrites dans le guide sont les suivantes:

- limiter l'accès aux moyens de suicide ;
- collaborer avec les médias pour une couverture responsable du suicide ;
- favoriser l'acquisition de compétences sociales et émotionnelles chez les adolescents ;
- identifier, évaluer, prendre en charge et suivre précocement toute personne touchée par des comportements suicidaires.

Comme pour les piliers fondamentaux de la partie A, les questions « quoi ? », « pourquoi ? », « où ? », « quand ? », « qui ? » et « comment ? » sont posées pour chacune des interventions de la partie B.

Limitier l'accès aux moyens de suicide constitue une intervention universelle fondée sur l'expérience en matière de prévention du suicide. Selon le pays, cela peut signifier l'interdiction de pesticides très dangereux, la limitation des armes à feu, l'installation de barrières sur les lieux de saut, la limitation de l'accès aux points de ligature ou d'autres mesures visant à rendre plus difficile l'accès aux moyens de suicide. La plupart des personnes qui adoptent un comportement suicidaire éprouvent une ambivalence à l'égard de la vie ou de la mort, et de nombreux suicides sont une réaction à des facteurs de stress aigu. En rendant les moyens de suicide moins facilement accessibles, on donne aux personnes en détresse le temps de laisser passer les crises aiguës sans poser d'acte fatal. Cette section du guide porte sur les pesticides, dont on estime qu'ils sont responsables d'un cinquième de tous les suicides dans le monde. Ils constituent un problème particulier dans les zones rurales où une grande partie des habitants travaillent dans l'agriculture.

La restriction de l'accès aux pesticides nécessite une collaboration multisectorielle entre toutes les parties prenantes concernées, notamment les Ministères de la santé et de l'agriculture, les organismes de réglementation, les services d'état civil et les responsables communautaires. Le même principe d'une approche nationale multisectorielle s'applique à d'autres moyens de suicide (par exemple, le secteur des transports et la nécessité de mettre en place des barrières). Au niveau personnel, on peut demander aux membres de la famille de retirer les moyens de suicide (par exemple, les pesticides, les armes à feu, les couteaux, les médicaments) d'un foyer où une personne présente un risque de suicide. p.xii Il est important de noter que des données factuelles montrent que la restriction d'une méthode de suicide n'entraîne pas inévitablement une augmentation de l'utilisation d'autres méthodes.

Il est important de **collaborer avec les médias pour une couverture responsable du suicide**, car rapporter des faits de suicide peut entraîner une augmentation du nombre de suicides par mimétisme, en particulier si l'information porte sur une célébrité ou décrit la méthode de suicide. L'objectif, au niveau national, est de collaborer avec les organes de

presse (et les réseaux sociaux) nationaux et, au niveau local, de collaborer avec les organes de presse locaux tels que les journaux ou les stations de radio. Le guide conseille de surveiller la notification des suicides et propose d'offrir des exemples de personnes très en vue partageant leurs expériences de guérison réussie suite à des problèmes de santé mentale ou de pensées suicidaires. Il propose également de travailler avec les entreprises de réseaux sociaux pour les sensibiliser et améliorer leurs protocoles d'identification et de suppression des contenus préjudiciables.

Favoriser l'acquisition de compétences sociales et émotionnelles chez les adolescents est au cœur des orientations de l'OMS pour aider les adolescents à s'épanouir (Helping adolescents thrive, HAT). Si l'adolescence (de 10 à 19 ans) est une période critique pour l'acquisition de compétences sociales et émotionnelles, c'est aussi une période à risque pour l'apparition de troubles mentaux. Plutôt que d'aborder explicitement le suicide, les orientations de l'OMS recommandent que les programmes utilisent une approche positive de la santé mentale. D'autres recommandations portent sur la formation du personnel éducatif, les initiatives visant à garantir un environnement scolaire sûr (comme les programmes de lutte contre les intimidations), les liens avec les services d'accompagnement, une politique et des protocoles clairs pour le personnel lorsqu'un risque de suicide est identifié, et la sensibilisation des parents à la santé mentale et aux facteurs de risque. Il convient de rappeler aux enseignants ou aux aidants que le fait de parler du suicide avec les jeunes n'augmente pas le risque de suicide, mais peut les inciter à se sentir plus à même de leur demander de l'aide en cas de besoin. Le bien-être du personnel doit également être assuré.

Identifier, évaluer, prendre en charge et suivre précocement toute personne touchée par des comportements suicidaires. Ce conseil vise à garantir que les personnes qui présentent un risque de suicide ou qui ont fait une tentative de suicide reçoivent le soutien et les soins dont elles ont besoin. Il s'applique aux agents de santé et aux autres personnes, y compris les membres de la famille, qui sont susceptibles d'entrer en contact avec une personne à risque. Ce conseil s'applique également aux systèmes de santé, qui doivent intégrer la prévention du suicide en tant que composante essentielle afin d'intervenir rapidement lorsque des personnes présentent un risque de suicide. En outre, un accompagnement devrait être offert aux personnes qui ont tenté de se suicider et à celles qui ont été endeuillées par

un suicide. La prévention du suicide n'étant pas souvent une priorité de santé publique, le guide recommande de plaider en faveur de la prévention du suicide auprès des responsables du choix des politiques, de sensibiliser la communauté et de fournir des indices de l'efficacité et du bon rapport coût/efficacité de la prévention du suicide.

Une série de quatre annexes fournit : 1) une liste des secteurs et des parties prenantes pertinentes pour la prévention du suicide ; 2) 30 encadrés décrivant les activités des pays en matière de prévention du suicide (en plus des 43 encadrés descriptifs se trouvant dans le texte du guide) ; 3) le cadre des indicateurs de l'approche LIVE LIFE qui énonce les objectifs, les résultats et les indicateurs de l'approche ; et 4) des listes de matériels d'information de l'OMS et d'autres sources sur la prévention du suicide, organisées selon les rubriques suivantes : analyse de la situation ; collaboration multisectorielle ; sensibilisation et plaidoyer ; renforcement des capacités ; financement ; surveillance, suivi et évaluation ; limiter l'accès aux moyens de suicide ; collaborer avec les médias pour une couverture responsable du suicide ; favoriser les compétences sociales et émotionnelles chez les adolescents ; et identifier, évaluer, prendre en charge et suivre précocement toute personne présentant des comportements suicidaires.



© WHO / Volodymyr Shuvayev

INTRODUCTION

CONTEXTE

Plus de 700 000 personnes perdent la vie par suicide chaque année. Des personnes de tous les milieux socioéconomiques sont touchées. Le suicide est la quatrième cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans et la troisième chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. La majorité des décès par suicide (77 %) surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen.²

Chaque suicide est une tragédie, qui a des conséquences considérables sur les familles, les amis et les communautés. Réduire le nombre de décès par suicide est un impératif mondial et des cibles mondiales ont été fixées à cet effet. La réduction d'un tiers du taux mondial de mortalité par suicide d'ici à 2030 a été incluse à la fois comme indicateur et cible (la seule pour la santé mentale) dans les objectifs de développement durable des Nations Unies³ et dans le Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013–2030. Le treizième programme général de travail (treizième PGT) 2019–2023⁴ de l'OMS comprend le même indicateur avec une réduction de 15% à l'horizon 2023.

On observe une légère réduction du taux mondial de suicide normalisé selon l'âge depuis 2010, mais la tendance mondiale masque les variations régionales et nationales ; tous les pays ne sont pas engagés dans la prévention du suicide, et certains ont vu leur taux de suicide augmenter. Le monde n'est pas sur la bonne voie pour atteindre les cibles mondiales d'ici à 2030. Cela signifie que, à moins que des efforts accélérés et soutenus ne soient déployés pour prévenir le suicide, les cibles mondiales ne seront pas atteintes et beaucoup plus de personnes perdront inutilement la vie.

Il faut faire beaucoup plus pour réduire le nombre de personnes qui meurent par suicide. C'est pourquoi l'OMS a élaboré ce guide afin d'aider les pays à mettre en œuvre des interventions clés efficaces fondées sur des données factuelles en prenant comme point de départ l'approche LIVE LIFE de l'OMS pour la prévention du suicide.

L'OMS encourage les pays à prendre des mesures pour prévenir le suicide, idéalement par le biais d'une stratégie nationale intégrée de prévention du suicide. Une stratégie nationale intégrée

conduite par le gouvernement est un outil puissant qui permet de s'assurer que le gouvernement et les autres parties prenantes s'engagent à prévenir le suicide dans un pays, qu'il existe une coordination et un suivi de leurs efforts, que la prévention du suicide est placée en tête des priorités politiques et que des ressources sont allouées pour permettre la mise en œuvre des actions nécessaires. Bien que des progrès aient été réalisés et que certains pays aient été très actifs en matière de prévention du suicide, seuls 38 pays étaient connus pour avoir une stratégie nationale dédiée à la prévention du suicide en 2018 (OMS, 2018a). En outre, les gouvernements sous-estiment souvent l'importance de coordonner la mise en œuvre après l'adoption de la stratégie nationale. Dans le domaine des maladies non transmissibles, les lacunes de la mise en œuvre des plans d'action nationaux ont été attribuées à un financement insuffisant, à des capacités limitées, à l'inaction dans tous les secteurs et à l'absence de suivi et d'évaluation normalisés (Tuangratananon et al., 2018). En effet, les évaluations des stratégies nationales de prévention du suicide font largement défaut.

L'absence d'une stratégie nationale intégrée de prévention du suicide ne doit pas empêcher les pays de mettre en œuvre des interventions y afférentes. Dans de nombreux pays qui n'ont pas de stratégie, un large éventail de parties prenantes participent à des activités de prévention du suicide telles que l'organisation de groupes de soutien aux survivants, la sensibilisation et le plaidoyer en faveur des populations à risque. Les parties prenantes de la communauté (voir une liste des secteurs et des parties prenantes à l'annexe 1) bénéficieront de la mise en œuvre de l'une ou l'autre des composantes de l'approche LIVE LIFE ; leur mise en œuvre peut jeter les bases de la prévention du suicide dans un pays et, en gagnant en élan, se transformer en une action nationale pour la prévention du suicide. Par conséquent, tant les gouvernements que les communautés contribuent à la prévention du suicide lors de la mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE par le biais de processus descendants et ascendants respectivement.

LIVE LIFE est l'approche de l'OMS pour faire démarrer la mise en œuvre et mettre l'accent sur l'extension au niveau national de quatre interventions clés de prévention du suicide reposant sur des données factuelles, à savoir :

² WHO Global health estimates: leading causes of death. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death>, consulté le 28 janvier 2021).

³ Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations (https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review_Eng.pdf, consulté le 28 janvier 2021).

⁴ Projet de treizième programme général de travail, 2019-2023. Genève: Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>, consulté le 28 janvier 2021).

- limiter l'accès aux moyens de suicide (par exemple, interdire les pesticides très dangereux) ;
- collaborer avec les médias pour une couverture responsable du suicide ;
- favoriser l'acquisition de compétences sociales et émotionnelles chez les adolescents ; et
- identifier, évaluer, prendre en charge et suivre précocement toute personne présentant des comportements suicidaires.

La réussite de la mise en œuvre et de la mise à l'échelle de ces interventions clés nécessite, comme condition préalable, six piliers fondamentaux transversaux, à savoir :

- l'analyse de la situation ;
- la collaboration multisectorielle ;
- la sensibilisation et le plaidoyer ;
- le renforcement des capacités ;
- le financement ; et
- la surveillance, le suivi et l'évaluation.

En plus de contribuer indépendamment à la réduction du suicide, la combinaison de la mise en œuvre de tous les piliers et interventions de l'approche LIVE LIFE aura un effet synergique dans lequel différentes composantes interagissent pour produire des avantages supplémentaires (Harris et al., 2016 ; Yip & Tang, 2021). Par exemple, un événement de sensibilisation pourrait accroître l'adoption d'une formation pour le renforcement des capacités, entraînant ensuite une augmentation des interventions précoces contre les comportements suicidaires.

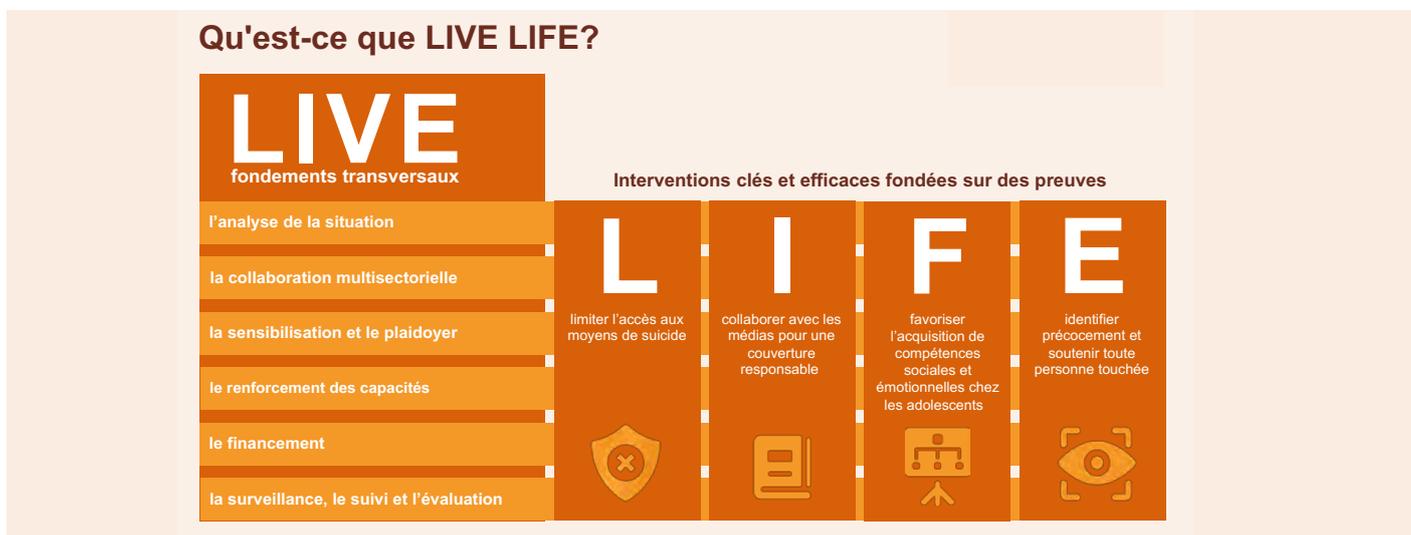
Il est nécessaire de travailler à la mise en œuvre complète de l'approche LIVE LIFE dans tous les pays et contextes. L'approche LIVE LIFE sert de point de départ sur lequel les pays peuvent s'appuyer pour renforcer des interventions en matière de prévention du suicide fondées sur des données probantes afin d'élaborer une stratégie nationale intégrée de prévention du suicide. Tous les piliers et interventions décrits dans ce guide LIVE LIFE sont des composantes d'une riposte nationale et font généralement partie d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Les pays disposant d'une stratégie nationale, ou dans lesquels la prévention du suicide est intégrée dans des plans d'action pertinents déjà en place - tels que ceux pour la santé mentale, contre l'abus d'alcool ou les maladies non transmissibles - auront intérêt à s'assurer que leurs stratégies ou plans d'action soient exécutés en donnant la priorité à la mise en œuvre de ces composantes.

À QUI S'ADRESSE CE GUIDE ?

Ce guide est destiné :

- à tous les pays, qu'ils disposent ou non d'une stratégie nationale de prévention du suicide ;
- aux responsables nationaux ou locaux chargés de la prévention du suicide, de la santé mentale, de la lutte contre l'alcoolisme et les maladies non transmissibles ; et
- aux parties prenantes de la communauté ayant un intérêt direct ou qui seraient déjà être impliquées dans la mise en œuvre d'activités de prévention du suicide.

Figure 1. Fondements transversaux et principales interventions efficaces fondées sur des bases factuelles de l'approche LIVE LIFE



DE QUOI PARLE-T-IL ?

Ce guide explique comment établir les piliers fondamentaux et mettre en œuvre les principales interventions efficaces fondées sur des données probantes de l'approche LIVE LIFE (figure 1).

Le guide couvre les sujets suivants :

- *ce qu'est* chaque pilier et chaque intervention de l'approche LIVE LIFE ;
- *pourquoi* il est important pour la prévention du suicide ;
- *où* l'approche peut être mise en œuvre ;
- *quand* elle doit être appliquée ;
- *qui* serait responsable de sa mise en œuvre ; et
- *comment* la mettre en œuvre.

Le guide contient également :

- des encadrés renfermant des exemples tout au long du texte et d'autres exemples issus de pays à [l'annexe 2](#); et
- des conseils pour la mise en œuvre.

En outre :

- l'annexe 1 fournit une liste des secteurs et des parties prenantes qui peuvent être impliqués dans l'approche LIVE LIFE ;
- l'annexe 2 fournit d'autres exemples tirés de pays et de communautés ;

- l'annexe 3 fournit un cadre d'indicateurs qui peut être utilisé pour surveiller la mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE ; et
- l'annexe 4 fournit des matériels d'information permettant d'en savoir plus.

DE QUOI NE PARLE PAS LE GUIDE ?

Ce guide ne couvre pas :

- l'élaboration d'une stratégie nationale intégrée de prévention du suicide au niveau gouvernemental, ou des exemples de stratégies, car cela est pris en charge dans d'autres publications de l'OMS (OMS, 2012 ; OMS, 2014 ; OMS, 2018a) ;
- une approche progressive pour mobiliser les communautés dans la prévention du suicide, car celle-ci est disponible dans une publication de l'OMS (OMS, 2018d) et son cours en ligne correspondant sur la mobilisation de la communauté⁵ ;
- un modèle de santé publique pour la prévention du suicide ou les facteurs de risque et de protection (couvrant les questions systémiques, sociétales, communautaires, relationnelles et individuelles et reflétant un modèle écologique) qui sont traités dans une autre publication de l'OMS (OMS, 2014).

Encadré 1. Formation d'un comité d'orientation et de groupes de travail

Un comité d'orientation (ou un comité de surveillance, ou encore un groupe de travail) est nécessaire pour assurer la direction et la coordination, ainsi que pour structurer la planification, l'attribution de ressources, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de l'approche LIVE LIFE.

Des groupes de travail (sous-branches du comité d'orientation) seront constitués pour conduire la mise en œuvre des différents piliers et interventions. Un membre du comité d'orientation devrait être chargé de maintenir la cohérence et de faciliter la coordination du processus.

Aux deux niveaux, il faudrait inclure des personnes qui représentent l'autorité, l'administration et l'expertise technique. Idéalement, il devrait y avoir une collaboration entre les groupes publics, privés et communautaires ou entre les individus membres de ces groupes (voir [une liste des secteurs et des parties prenantes à l'annexe 1](#)). Les personnes suivantes devraient être incluses :

- des personnes occupant des fonctions de direction dans les secteurs concernés (par exemple, les soins de santé, l'éducation, l'emploi, le développement social) ;
- des personnes ayant une expertise en matière de prévention du suicide (par exemple, des universitaires spécialistes, des professionnels du secteur de la santé, des membres d'organisations non gouvernementales) ;

⁵ Engaging communities in preventing suicide; e-learning course. Geneva: World Health Organization (<https://accesswho.campusvirtualsp.org/engaging-communities-preventing-suicide>, consulté le 28 janvier 2021).

- des personnes ayant des compétences et une expérience spécifiques au pilier ou à l'intervention en question (par exemple, un groupe de travail pour l'analyse de la situation devrait comprendre des personnes compétentes en matière de collecte et d'analyse de données, tandis qu'un groupe de travail pour la collaboration avec les médias devrait comprendre des personnes issues d'organismes de réglementation des médias ou d'ONG ayant une expérience de collaboration avec les médias) ; et
- des personnes ayant une expérience vécue (qui ont eu des pensées suicidaires, ont fait une tentative de suicide, se sont occupées d'un proche pendant une crise suicidaire ou ont été endeuillées par un suicide).

Il ne faut pas sous-estimer l'importance d'établir des lignes directrices claires pour le comité d'orientation et les groupes de travail. De même, il est nécessaire de définir explicitement les rôles et les responsabilités des membres des groupes afin de garantir une responsabilisation par rapport aux actions entreprises. Il n'est pas nécessaire d'avoir 10 groupes de travail distincts pour les piliers et les interventions de l'approche LIVE LIFE, car un groupe de travail peut traiter successivement plusieurs piliers ou interventions, en fonction des ressources et des contraintes de temps. En définitive, les groupes de travail conduisent la planification et la mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, en coordination avec le comité d'orientation. Les groupes de travail sont responsables du suivi de la mise en œuvre des piliers et des interventions de l'approche LIVE LIFE, par exemple en établissant un calendrier des actions à mener à bien et en se réunissant périodiquement pour faire le point des progrès accomplis afin de résoudre au plus tôt les difficultés. Les groupes de travail doivent être disposés à notifier au comité d'orientation les évaluations des plans qui ont été mis en pratique.

COMMENT UTILISER LE GUIDE ?

- Les pays doivent mettre en œuvre **tous** les piliers fondamentaux et interventions clés de l'approche LIVE LIFE.
- Bien que tous les piliers fondamentaux et interventions clés soient nécessaires à la prévention du suicide, chaque pays peut adapter sa mise en œuvre à la disponibilité des ressources et au contexte socioculturel.
- Les piliers fondamentaux et les interventions clés de l'approche LIVE LIFE **ne sont pas** destinés à être mis en œuvre dans un ordre chronologique. Il n'y a pas d'ordre spécifique établi, bien qu'il faille idéalement commencer par une analyse de la situation et garder à l'esprit que la surveillance et le suivi doivent être permanents.
- Par conséquent, bien que les chapitres de ce guide soient reliés entre eux, chacun peut être considéré comme un module indépendant et les pays peuvent commencer par le module le plus pertinent pour eux. Cette décision sera guidée par l'analyse de la situation, qui doit servir de première étape.

- La mise en œuvre de tous les piliers et interventions de l'approche LIVE LIFE à l'échelle nationale bénéficiera à une stratégie nationale de prévention du suicide ou en fera partie.
- Dans les contextes où les ressources humaines et financières sont limitées, il peut être nécessaire de mettre en œuvre ou d'étendre l'approche LIVE LIFE sur une plus longue période et d'agir d'abord sur les priorités du pays.

La manière d'utiliser le guide variera en fonction du contexte et de la situation en vigueur en matière de prévention du suicide. Si les piliers fondamentaux sont déjà en place et opérationnels, on peut s'attaquer directement à la mise en œuvre des interventions clés. Dans d'autres circonstances, il peut être nécessaire de commencer par préparer le terrain pour la prévention du suicide ou de démarrer à petite échelle. Dans tous les cas, un comité d'orientation et des groupes de travail doivent être mis en place (voir [encadré 1](#)). Pour les urgences de santé publique ou d'autres situations d'urgence, certaines considérations ont été synthétisées, mais ne sont pas exhaustives (voir [encadré 2](#)).

Encadré 2. Prévention du suicide dans les situations d'urgence

Les crises humanitaires et les situations d'urgence (par exemple, les catastrophes naturelles, les conflits armés, les situations d'urgence de santé publique) posent un certain nombre d'obstacles à la prévention du suicide, tels que les changements structurels dans le leadership et les systèmes, les changements de priorités, les questions de sécurité et les contraintes de ressources. Pourtant, les facteurs de risque de suicide tels que les difficultés financières, le chômage et l'isolement social peuvent augmenter pendant les situations d'urgence et, par conséquent, les efforts visant à se concentrer sur la prévention du suicide sont essentiels. Dans ces circonstances, il est nécessaire de se concentrer sur des priorités immédiates et réalisables pour la prévention du suicide (Gunnell et al., 2020). Bien qu'une présentation exhaustive sur la prévention du suicide en situation de crise dépasse le cadre de ce guide, voici néanmoins quelques éléments à considérer :

- Les gouvernements doivent prendre en compte les conséquences de la situation d'urgence sur les facteurs de risque de suicide et appliquer des mesures d'atténuation par le biais d'une collaboration multisectorielle, par exemple, en collaborant avec les secteurs du travail et de la protection sociale, le secteur de la santé et les acteurs humanitaires pour soutenir les personnes en détresse financière ; en limitant l'accès aux moyens de suicide (notamment par des réglementations ou des directives pour les détaillants ou les gestionnaires de camps) ; et en facilitant l'accès à l'aide en matière de santé mentale et à d'autres services de soutien émotionnel ou de crise.
- Les gouvernements qui accueillent des personnes touchées par des situations d'urgence, notamment des réfugiés et des migrants, devraient tenir compte des facteurs de risque et des besoins spécifiques de ces personnes dans le cadre des efforts de prévention du suicide.
- Identifier et fournir des interventions efficaces pour les populations à risque qui peuvent être particulièrement affectées pendant la situation d'urgence - comme les jeunes ou les personnes âgées qui peuvent avoir perdu leur soutien familial, ou qui en sont séparées.
- Collaborer avec les médias afin de minimiser la couverture sensationnaliste des suicides qui se produisent au sein de la communauté touchée par la situation d'urgence.
- Renforcer les capacités du personnel sanitaire et communautaire existant en matière d'identification, d'évaluation, de prise en charge et de suivi précoces du risque de suicide. Les sentinelles de la communauté et les agents de santé non spécialisés devraient se sentir en confiance pour identifier, soutenir et orienter les individus présentant un risque de suicide, notamment en mettant en œuvre une intervention psychologique conçue pour être utilisée dans des contextes défavorables (OMS, 2016b). Les services où les individus à risque se présenteraient peuvent être classés prioritaires, par exemple les services de soins de santé primaires et les programmes axés sur la réponse aux préoccupations en matière de protection (notamment la protection de l'enfance et la violence sexiste).
- Lorsqu'un soutien physique en matière de santé mentale est limité, établir des systèmes de soutien à distance (OMS, 2018c). Veiller à ce que le personnel reçoive une formation et se sente à l'aise pour utiliser les méthodes de communication à distance, notamment pour gérer les risques.⁶
- Afin de garantir une couverture suffisante pour répondre aux besoins, empêcher le redéploiement vers des fonctions autres que la prévention du suicide des personnes clés travaillant dans le domaine de la prévention du suicide et de la santé mentale.
- Fournir à la population touchée des informations sur l'autogestion de la santé mentale et les services de santé mentale disponibles.
- Travailler avec les acteurs humanitaires (par exemple, dans les domaines de la santé, de la protection, de l'éducation, de la nutrition, de la gestion des camps) pour faciliter l'orientation des personnes membres de la population touchée qui pourraient avoir besoin d'un soutien en matière de santé mentale.
- Veiller à ce que les premiers intervenants aient accès à un soutien en matière de santé mentale.

⁶ Guidance on Operational considerations for Multisectoral Mental Health and Psychosocial Support Programmes during the COVID-19 Pandemic. Geneva: Inter-Agency Standing Committee (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance>, consulté le 28 janvier 2021).

Pour plus d'informations, consultez les documents suivants :

- OMS, Guide d'intervention humanitaire mhGAP (OMS, 2015).
- Reconstruire en mieux : pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence (OMS, 2013).
- Comité permanent interorganisations (CPI), Directives sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Genève, Comité permanent interorganisations.⁷

© WHO / Olivier Asselin



⁷ Directives sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Genève, Comité permanent interorganisations (https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC%20Guidelines%20MHPSS%20French.pdf, consulté le 28 janvier 2021).

PARTIE A.

PILIERS FONDAMENTAUX DE L'APPROCHE LIVE LIFE

Les sections suivantes décrivent les piliers fondamentaux de la prévention du suicide. Ils constituent la base qui renforce la mise en œuvre réussie des interventions clés fondées sur des bases factuelles qui, ensemble, contribuent à la prévention du suicide. Ces interventions sont :



l'analyse de la situation ;



la collaboration multisectorielle ;



la sensibilisation et le plaidoyer ;



le renforcement des capacités ;



le financement ; et



la surveillance, le suivi et l'évaluation.

Ces piliers sont communs à d'autres domaines de la santé publique. La mise en œuvre de chacun de ces piliers est décrite ci-dessous dans le contexte de la prévention du suicide.



© WHO/ Yoshi Shimizu



ANALYSE DE LA SITUATION

QUOI ?

Une analyse de la situation fournit le contexte et le profil actuel du suicide et de sa prévention dans un pays en utilisant une variété d'informations.

POURQUOI ?

Une analyse de la situation est essentielle pour éclairer la planification et la mise en œuvre des activités de prévention du suicide. L'analyse de la situation permet de déterminer où les besoins sont les plus importants, où il y a des lacunes et où les bénéfices seront les plus importants (par exemple, sur quels moyens ou populations se concentrer). L'analyse peut permettre de rationaliser les efforts de mise en œuvre et d'identifier les domaines dans lesquels des interventions immédiates et réalisables peuvent être menées.

POURQUOI ?

Une analyse de la situation peut être menée à l'échelle nationale ou dans un contexte régional ou local - notamment un district ou un autre cadre spécifique (par exemple, un camp de réfugiés ou une école). Dans le cadre d'une analyse de la situation nationale, il convient de veiller à recueillir des informations auprès de différents groupes sociodémographiques et régions afin d'identifier les besoins spécifiques pour adapter la mise en œuvre des interventions de l'approche LIVE LIFE. Par exemple, l'ingestion de pesticides se produit principalement dans les zones agricoles des pays à revenu faible ou moyen ; par conséquent, restreindre l'accès à ce moyen de suicide peut être moins applicable dans les zones urbaines.

QUAND ?

Une analyse de la situation devrait être effectuée au début de tout effort de prévention du suicide afin d'éclairer la planification et la mise en œuvre.

QUI ?

L'analyse de la situation devrait être menée par un groupe de travail dédié. Des mécanismes qui en garantissent la transparence et la responsabilisation devraient être mis en place. Le groupe devrait comprendre des personnes ayant des compétences diverses, notamment :-

- la direction et la coordination de l'analyse de la situation (par exemple, le Ministère de la santé) ou, pour les analyses de situation spécifiques au contexte, la direction du secteur concerné (par exemple, le secteur de l'éducation pour ce qui concerne l'analyse des compétences psychosociales dans les écoles) ;
- une expérience dans la réalisation d'analyses de situation (par exemple, dans le milieu universitaire) ;
- une expérience dans la collecte et l'analyse de données (par exemple, le bureau des statistiques) ;
- les parties prenantes qui pourraient fournir des données pertinentes (par exemple, le personnel des systèmes d'information sanitaire, les médecins légistes, les agents médico-légaux, les services d'urgence ou le personnel hospitalier) ;
- les parties prenantes de la communauté ayant une connaissance et une expérience d'un contexte donné (par exemple, les personnes ayant une expérience vécue, les sentinelles, les représentants de groupes populations pertinents) ; et
- des experts en prévention du suicide (par exemple, du secteur de la santé ou du monde universitaire).



COMMENT ?

1. Constituer un groupe de travail pour planifier et réaliser

l'analyse (voir encadré 1)

- Créer le groupe de travail (voir [la section « Qui ? » ci-dessus](#)). Le groupe de travail est également chargé d'obtenir toutes les autorisations nécessaires pour accéder aux données ou aux informations qui alimenteront l'analyse de la situation.

2. Décider des informations à collecter

- La décision sur les informations à collecter (tableau 1) sera influencée par la couverture géographique (analyse nationale ou locale), les ressources disponibles et le calendrier.
- Les analyses de situation réalisées précédemment par des pays ayant une population et des ressources similaires pourraient servir d'éléments d'orientation.

Tableau 1. Exemples d'informations à inclure dans l'analyse de la situation

Exemples d'informations	Éléments à considérer
Nombre et taux de suicides	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir des données selon : a) le contexte (par exemple, au niveau national, des régions, des districts, des services hospitaliers, d'un camp de réfugiés, etc.) ; et b) les groupes de population (par exemple, l'ensemble de la population, par sexe, par groupes d'âge, par groupe ethnique, par groupe religieux, le statut de migrant, la population urbaine, la population rurale, le statut socio-économique) • Calculer les taux (décès ou cas pour 100 000 habitants) en plus des chiffres pour identifier les groupes de population touchés de manière disproportionnée • Examiner les données sur plusieurs années pour identifier les tendances
Nombre et taux de cas d'autodestruction	
Méthodes de suicide et d'autodestruction	
Causes ou facteurs déclencheurs du suicide, et facteurs protecteurs	
Législation ou politique relative au suicide	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le statut juridique du suicide et des tentatives de suicide, et quelles en sont les conséquences juridiques pour les individus (par exemple, des condamnations judiciaires) ? • Le cas échéant, quelles sont les possibilités de dépenalisation du suicide, des tentatives de suicide et d'autres actes d'autodestruction ? • Existe-t-il une législation ou une politique pertinente pour la prévention du suicide (par exemple, la santé mentale, l'alcool, l'emploi, l'assurance, la protection sociale) ?
Constatation d'un suicide	<ul style="list-style-type: none"> • Comment et par qui le suicide est-il constaté ? • Tenir compte de l'effet que la constatation peut avoir sur la notification des suicides et la qualité des données disponibles
Enregistrement des cas de suicide et d'autodestruction	<ul style="list-style-type: none"> • Comment et par qui le suicide et l'autodestruction sont-ils enregistrés et notifiés ? • Suivant quelles variables les données sont-elles ventilées ?
Mise en œuvre et couverture actuelles des piliers et des interventions clés de l'approche LIVE LIFE	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les possibilités d'initier ou d'améliorer leur mise en œuvre ? • Ont-elles été évaluées ? • Quelle adaptation au contexte du pays sera nécessaire ? Réfléchir à l'acceptabilité, à la faisabilité et au rapport coût-efficacité ? • Prendre en compte les initiatives antérieures de prévention du suicide (et les raisons pour lesquelles elles ne sont plus actives).
Services actuels	<ul style="list-style-type: none"> • Services (publics et privés) existants dans le secteur de la santé, dans la communauté et dans d'autres secteurs pertinents - penser à la disponibilité, à l'utilisation et la qualité des services existants • Quelles sont les lacunes des services ?



Exemples d'informations(continued)	Éléments à considérer (continued)
Ressources actuelles	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources financières allouées à la prévention du suicide • Ressources financières potentielles qui pourraient être obtenues • Quelles sont les ressources humaines disponibles et quels sont les besoins en matière de renforcement des capacités pour la mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE ?
Secteurs et parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Which sectors are needed for multisectoral collaboration?⁸ • Which NGO stakeholders are needed for collaboration? • Gaps in leadership, personnel or collaborators.
Connaissance du suicide, de la prévention du suicide, de la santé mentale et de la recherche d'aide, ou attitudes à leur égard	<ul style="list-style-type: none"> • Barriers faced by people (including subpopulations) in seeking help. • Barriers faced by the health workforce and related occupations in providing early identification, assessment, management and follow-up, and in reporting self-harm.

3. Décider comment ces informations peuvent être collectées

- Tenir compte des informations déjà existantes et identifier les sources d'information auxquelles il faut accéder (voir « [Surveillance](#) »). Les informations doivent être aussi récentes, de qualité et spécifiques au contexte que possible.
- Si des informations de qualité ne sont pas disponibles (par exemple, dans les pays dépourvus de systèmes d'information sanitaire formels), des informations informelles (par exemple, des avis d'experts, des entretiens avec des informateurs clés, des discussions en groupes thématiques) sont préférables à l'absence totale d'informations.
- S'il manque des informations importantes, réfléchir aux nouvelles informations qui pourraient être collectées (ou prévoir d'y remédier dans une future analyse de la situation).
- Réfléchir à qui peut contribuer à l'obtention des informations. Cela aidera à décider quels secteurs et quelles parties prenantes (voir [une liste des secteurs et des parties prenantes à l'annexe 1](#)) devraient être impliqués pendant l'analyse de la situation. Veiller à inclure des personnes ayant une expérience vécue et s'assurer qu'elles sont bien formées et soutenues pour partager leur expérience vécue au cours de ces discussions.
- Il peut s'avérer nécessaire de recueillir des données auprès de plusieurs sources afin d'avoir un tableau complet de la situation (par exemple, des certificats

de décès, des données des services d'urgence, des établissements de santé, des données de la police).

- Effectuer une étude documentaire pour identifier les rapports, les documents de politique, les lois et les informations sur les services et les programmes.⁹ Rechercher les travaux de recherche publiés dans les revues du pays.

4. Convenir d'un plan d'action et procéder à l'analyse de la situation

- Décrire les étapes à suivre pour effectuer l'analyse de la situation.
- Pour le budget, estimer les ressources qui seront nécessaires, telles que les ressources matérielles (par exemple, la technologie, les locaux pour travailler) et humaines.
- Convenir des parties prenantes qui seront responsables de la réalisation de chaque étape (par exemple, certaines parties prenantes peuvent se concentrer sur l'étude documentaire ou sur la collecte de données provenant de différentes sources).

5. Produire un rapport et le partager avec les principales parties prenantes afin d'éclairer la planification de la mise en œuvre.

- Produire un rapport écrit sur les résultats, y compris une analyse des informations obtenues, en soulignant les informations manquantes ou de mauvaise qualité et en identifiant les moyens d'amélioration.

⁸ Dans ce document, le terme « multisectoriel » désigne plusieurs secteurs du gouvernement, tandis que le terme « parties prenantes » désigne tout autre groupe non gouvernemental ou individu susceptible de jouer un rôle dans la prévention du suicide.

⁹ Joint Action on Mental Health and Wellbeing. European Union; 2015 (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_depression_suicide_ehealth_en.pdf, consulté le 28 janvier 2021).



- Produire des recommandations à partir des résultats et proposer des objectifs spécifiques à court, moyen et long terme, ainsi que les ressources nécessaires pour les atteindre. Veiller à ce que des personnes ayant une expérience vécue fassent partie du processus de décision.
- S'assurer que le rapport écrit recueille l'approbation de toutes les parties impliquées.
- Partager le rapport avec les principaux décideurs, responsables politiques et bailleurs de fonds afin d'influencer la mobilisation des ressources et/ou le mandat d'action (voir « [Suivi et évaluation](#) »).

Encadré 3. Analyse de la situation de la prévention du suicide, République tchèque

Conformément aux recommandations de l'OMS (OMS, 2014), une analyse de la situation a été réalisée pour le plan d'action national de prévention du suicide (Kasal et al., 2019). Le travail a été divisé en quatre activités qui ont été menées simultanément et coordonnées par l'Institut national de la santé mentale. L'analyse de la situation est une activité essentielle lors de l'élaboration d'une politique de prévention du suicide. En suivant les étapes, elle a permis à l'Institut national de la santé mentale : 1) de comprendre pleinement la situation existante ; 2) d'identifier les problèmes et les besoins du système, ainsi que les capacités et les possibilités existantes ; et d'établir des partenariats clés pour la mise en œuvre future en impliquant les principales parties prenantes (par exemple, le Ministère de la santé, le Ministère de l'éducation, de la jeunesse et des sports, les représentants des médecins généralistes, les représentants du secteur de la santé mentale, les personnes ayant une expérience vécue). Notre analyse de la situation comprenait à la fois la cartographie de la situation (étapes 1 et 2) et l'identification et la sélection d'interventions appropriées (étapes 3 et 4).

Four phases of conducting the situational analysis in Czechia

Activité	Identification et analyse des sources de données existantes	Collecte de nouvelles données et mise en place d'une plateforme de parties prenantes	Identification parmi les interventions proposées de celles qui sont adaptées au contexte local	Sélection d'interventions par consensus des parties prenantes
Objet	Exploiter les données existantes et identifier les lacunes en matière de connaissances	Compléter les lacunes en matière de connaissances par des données qualitatives	S'appuyer sur les travaux de recherche déjà publiés sur les interventions efficaces en matière de prévention du suicide	Identifier les priorités parmi les interventions présélectionnées
Intervention	Identifier les sources de données existantes, obtenir et analyser les données ; impliquer les institutions concernées et s'assurer que les données existantes peuvent être utilisées régulièrement pour éclairer et évaluer les étapes suivantes de manière continue	Identifier, contacter, interroger et faire participer les parties prenantes concernées ; analyser et interpréter les données obtenues	Rechercher des examens systématiques et des méta-analyses pertinentes ; extraire des informations sur les interventions efficaces	Organiser une réunion en présentiel ou en ligne, faciliter la coopération entre les parties prenantes, recueillir tous les commentaires pertinents et parvenir à un consensus
Résultat	Analyse préliminaire, interprétation des données existantes, identification des lacunes en matière de connaissances	Analyse des atouts, des faiblesses, des opportunités et des menaces, et plateforme d'experts, qui peuvent également être impliqués dans une future mise en œuvre du plan de prévention du suicide	Liste d'interventions présélectionnées fondées sur des bases factuelles	Consensus entre les parties prenantes sur les interventions présélectionnées adaptées au contexte cible et priorités claires pour les interventions futures en matière de prévention du suicide



Encadré 4. Étude nationale sur le suicide, Namibie

Les taux de suicide élevés et le manque d'informations factuelles sur le suicide ont incité le Ministère de la santé et des services sociaux de la Namibie à réaliser une analyse de la situation nationale en 2018 afin d'orienter les stratégies de prévention et de traitement.

L'étude était axée sur un certain nombre de résultats, notamment :

- la prévalence des tentatives de suicide mortelles et des tentatives de suicide non mortelles ;
- la prévalence des idées suicidaires ;
- les causes de suicide ;
- les connaissances et les attitudes à l'égard du suicide et des efforts de prévention et de traitement du suicide ; et
- la disponibilité et l'efficacité des efforts de prévention du suicide.

Un groupe de travail a été constitué, composé de représentants du Ministère de santé et des services sociaux, de l'Agence namibienne de la statistique et de Sustainable Development Africa (un cabinet de recherche socio-économique namibien). Une réunion de lancement a été organisée pour convenir des objectifs et de la méthodologie de l'étude. Des travailleurs sociaux du Ministère de la santé et des services sociaux ont été formés comme agents de collecte de données et un test a été réalisé avant de commencer l'analyse proprement dite.

L'analyse a été menée au niveau national et a fait appel à des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives, notamment :

- un passage en revue des travaux de recherche, des politiques et des programmes nationaux et internationaux ;
- un examen des dossiers de suicide de la police namibienne ;
- des enquêtes quantitatives auprès d'individus choisis par tirage au sort dans différentes régions ; et
- des entretiens qualitatifs avec des informateurs clés aux niveaux national, régional et local (par exemple, des fonctionnaires, des policiers, des professionnels de la santé et des services sociaux, des responsables éducatifs et spirituels) ; des personnes ayant déjà fait une tentative de suicide ; et des discussions de groupes thématiques avec des adultes et des jeunes choisis par tirage au sort.

Les résultats de l'étude ont généré un certain nombre de recommandations et ont été utilisés pour éclairer l'élaboration d'un plan stratégique national quinquennal sur la prévention du suicide en Namibie et l'élaboration d'un cadre politique pour guider la prévention, le traitement et la prise en charge du suicide, ainsi que la coordination de ces activités (Ministère de la santé et des services sociaux de la Namibie, 2018).

CONSEILS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 2. Conseils pour la mise en œuvre d'une analyse de la situation

Problèmes	Conseils
Données limitées	<ul style="list-style-type: none"> • Une analyse de la situation peut commencer en utilisant les données actuelles disponibles, et des recommandations peuvent être faites pour améliorer les données dans les analyses de situation futures. • Le cas échéant, l'on peut passer en revue des rapports internationaux pour compléter les informations nationales manquantes. • La participation des parties prenantes de la communauté peut faciliter la collecte de données.
Ressources limitées	<ul style="list-style-type: none"> • Se concentrer sur les données existantes et sur les priorités en matière d'information afin de respecter les contraintes de temps et de ressources. Utiliser un modèle succinct tel que le modèle AFOM (atouts, faiblesses, opportunités et menaces). • Envisager de consulter des experts nationaux et internationaux sur les documents clés et les données existantes. • Lorsque les ressources humaines ne sont pas disponibles (par exemple, l'expertise pour analyser les données), envisager de collaborer avec des personnes, des organisations ou des universitaires qui travaillent, ou ont déjà travaillé, sur des analyses de situation dans d'autres contextes.
Sécurité et confidentialité des données	<ul style="list-style-type: none"> • La première considération éthique dans l'utilisation des données sur le suicide est la protection de l'intimité des personnes. Cela signifie qu'aucune donnée personnelle ne doit être divulguée sous une forme identifiable. • Il existe des risques connus dans la diffusion d'informations sur les moyens ou les lieux communs de suicide. Les parties prenantes qui ont accès à des données sensibles dans le cadre de l'analyse de la situation doivent accepter de respecter la confidentialité des données et d'adhérer à un plan de communication convenu pour la diffusion des informations.



© WHO / Mark Nieuwenhof



COLLABORATION MULTISECTORIELLE

QUOI ?

La prévention du suicide ne peut être traitée par le seul secteur de la santé, car les facteurs de risque associés au suicide et à sa prévention touchent de nombreux domaines. Pour que la prévention du suicide soit efficace, une approche multisectorielle est indispensable. Dans le cadre de ce guide, la collaboration multisectorielle fait référence aux approches multisectorielles et multipartites :

- les approches multisectorielles sont parfois décrites comme étant « pangouvernementales », « intersectorielles » ou « trans-sectorielles » - c'est-à-dire toute initiative qui inclut plus d'un secteur gouvernemental, comme la santé, l'éducation, le travail, les transports, l'agriculture, la justice, le droit, la défense ou le développement social ;
- les approches multipartites sont parfois décrites comme des approches « pansociétales ». Contrairement aux approches multisectorielles, elles incluent une collaboration avec des organisations non gouvernementales ou des parties prenantes communautaires, ainsi qu'avec des secteurs gouvernementaux.

La mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE nécessite une telle collaboration. Par exemple, pour restreindre l'accès aux moyens de suicide, une collaboration sera nécessaire entre les

secteurs liés aux moyens en question (notamment le Ministère de l'agriculture dans le cas de pesticides très dangereux) et les parties prenantes (notamment les services d'homologation, les détaillants et les agriculteurs). Un autre exemple serait celui des interventions en milieu scolaire où la collaboration inclurait le Ministère de l'éducation et des parties prenantes telles que les chefs d'établissement, les enseignants, les élèves, les parents ou les personnes assurant la garde des enfants et les associations de jeunes.

Il est nécessaire de travailler avec plusieurs ministères pour élaborer des politiques, des législations ou des programmes qui ont un effet sur le suicide. Par exemple, les ministères chargés de la santé, de la santé mentale, de l'alcool¹⁰, de la prestation de services, de la législation sur la prévention de la violence ou la protection sociale, ou encore des politiques fiscales¹¹ devraient adopter une position commune sur la prévention du suicide. La législation qui a un effet direct sur le suicide comprend celle qui criminalise le suicide ou les tentatives de suicide. Cela a des ramifications systémiques, entravant sérieusement la mise en œuvre des piliers et des interventions de l'approche LIVE LIFE.

¹⁰ Environ un cinquième des suicides sont attribués de manière causale à l'alcool (WHO, 2018e).

¹¹ Les investissements publics dans les politiques actives du marché du travail entre 1970 et 2007 ont atténué les effets du chômage sur la mortalité par suicide dans les pays de l'Union européenne (Stuckler et al., 2009).



Encadré 5. Dépénalisation du suicide, Irlande

Le suicide a été dépénalisé en Irlande en 1993, une décision qui a accéléré les activités de prévention du suicide dans le pays. Dans les années qui ont précédé la dépénalisation du suicide en Irlande, le débat public sur le suicide et sa prévention s'est intensifié, soutenu par des recherches émergentes menées par un petit nombre de psychiatres. Un membre du parlement irlandais (Dáil Éireann), soutenu par deux psychiatres, avait présenté plusieurs motions au gouvernement pour permettre un débat sur la dépénalisation du suicide ; jusqu'alors, le suicide était le grand tabou de la société irlandaise. Le 1er juillet 1993, la Présidente Mary Robinson a promulgué un projet de loi portant dépénalisation du suicide et des tentatives de suicide. La dépénalisation du suicide a été l'une des premières mesures prises par la société irlandaise pour reconnaître que le suicide et les troubles mentaux sont de graves problèmes de santé publique. C'était le début d'un long chemin vers la fin de la stigmatisation du suicide, de l'autodestruction et des troubles mentaux - un processus qui est toujours en cours. La dépénalisation du suicide et l'ouverture du débat sur la prévention du suicide ont conduit à la création d'organisations non gouvernementales pour mieux faire comprendre la complexité de la santé mentale et du suicide. En 1995, la National Suicide Research Foundation a été créée. En 1996, l'Irish Association of Suicidology a été créée pour fournir des informations et des orientations précises sur le suicide et l'autodestruction à toutes les personnes impliquées dans la prévention et la limitation des dommages résultant du suicide et de l'autodestruction. La dépénalisation du suicide a facilité la création du premier groupe de travail national sur le suicide en Irlande en 1998, qui représentait la première intervention coordonnée contre suicide. Elle a été suivie par la première stratégie nationale de prévention du suicide, Reach Out, 2005–2014, soutenue par le Ministère de la santé. En 2015, la deuxième stratégie, Ireland's National Strategy to Reduce Suicide, *Connecting for Life*, 2015–2020, a été lancée, avec une prolongation convenue de quatre ans jusqu'en 2024.

La participation des parties prenantes communautaires est essentielle à la collaboration multisectorielle (voir [une liste des secteurs et des parties prenantes à l'annexe 1](#)). Elle permet de jeter des ponts entre les besoins locaux et les politiques nationales, et contribue à s'assurer que les initiatives soient adaptées au contexte local. L'implication de la communauté peut également favoriser un sentiment de participation et d'appropriation collective de la

prévention du suicide. La collaboration multisectorielle sous toutes ses formes ne pourra se développer sans une gouvernance et un leadership clair pour faire avancer le processus. Un exemple réussi, documentant une chronologie des interventions depuis le niveau gouvernemental jusqu'à l'implication des parties prenantes locales, nous vient du Sri Lanka (Pearson et al., 2010 ; Pearson et al., 2015).

Encadré 6. Influence des circonstances sur les efforts multisectoriels de prévention du suicide, Suriname

Afin de faire face au taux élevé de suicide dans le pays, un groupe de travail a été créé, dirigé par le commissaire de district (le plus haut représentant du gouvernement) et présidé par le chef du département de psychologie médicale, la coordination pratique étant assurée par un spécialiste de la santé publique. Les départements locaux des Ministères de la santé, de l'éducation et de l'agriculture ont participé aux travaux, ainsi que les organisations communautaires, les médecins et les organisations locales de femmes. De nombreuses activités sociales et éducatives ont été organisées. Le groupe a été chargé d'élaborer la première stratégie nationale de prévention du suicide, conformément au plan d'action national pour la santé mentale 2014–2020 qui avait déjà été élaboré. En juin 2016, une stratégie nationale a été publiée et a été soutenue par le conseil des ministres. Le point focal pour la santé mentale a joué un rôle important dans ce processus. Sa capacité à sauvegarder certaines relations et sa persévérance ont permis de maintenir l'intérêt autour de la question de la prévention du suicide. Cependant, très peu de temps après la publication de la stratégie, le pays a plongé dans une profonde récession économique, et le point focal qui avait contribué de façon déterminante à maintenir l'intérêt du gouvernement pour la prévention du suicide n'a pas pu rester à son poste et n'a pas été remplacé non plus. La récession a également affecté les infrastructures qui avaient été mises en place pour la prévention du suicide, dont une grande partie a été fermée. Les anciens membres du groupe de travail ont perdu leur enthousiasme, ainsi que le pouvoir exécutif de mettre en œuvre les aspects les plus importants de la stratégie. Officiellement, le groupe a été dissout. Pourtant, au bout d'un certain temps, l'ancien président a fait part de son inquiétude au Ministre de la santé (nouvellement nommé) quant à l'état de la stratégie. À la joie de tous, en 2018, un nouveau point focal pour la santé mentale a été nommé et les efforts pour mettre en œuvre la prévention du suicide au Suriname se poursuivent désormais avec force.



POURQUOI ?

Le suicide étant une question complexe, les efforts de prévention nécessitent une coordination entre plusieurs secteurs et parties prenantes, avec une bonne gouvernance pour faciliter la planification stratégique. La collaboration multisectorielle permet le partage des connaissances, des échanges sur la méthodologie et des enseignements tirés des travaux antérieurs, ainsi que le partage des données et des travaux de recherche sur le suicide (Kolves et al., 2021) et la coordination des messages sur le suicide. La collaboration multisectorielle offre des possibilités d'intégration de la prévention du suicide dans d'autres programmes (tels que la santé mentale, l'alcool, les maladies non transmissibles, la violence sexiste et la protection de l'enfance). Pour les pays disposant de ressources limitées, la collaboration peut constituer un point de départ pour travailler de manière opportuniste avec ce qui est déjà disponible. Une coordination accrue entre les différents groupes travaillant sur la prévention du suicide et les domaines connexes rendra le travail plus rationnel, ce qui permettra de réduire les doubles emplois et d'utiliser les ressources de manière pragmatique.

La collaboration multisectorielle favorise la transparence et renforce la responsabilisation des partenaires impliqués, tandis que les communautés sont mobilisées de manière significative pour garantir que les activités de prévention répondent aux besoins de tous. La collaboration multisectorielle ne nécessite pas de fonds importants, mais le fait de communiquer sur des objectifs communs et de coordonner les efforts devrait permettre d'accélérer les progrès et d'améliorer la qualité de la prévention du suicide.

Encadré 7. Intégrer la prévention du suicide dans la politique de santé mentale et de lutte contre l'usage de substances psychoactives, Liban

Le programme national de santé mentale du Ministère de la santé publique du Liban, avec le soutien de l'OMS, a lancé la première stratégie nationale de promotion de la santé mentale, de prévention et de traitement de l'abus de substances psychoactives, pour période 2015–2020¹². La prévention du suicide, première stratégie de ce type au Liban, a été intégrée à la stratégie. L'impulsion donnée à l'action nationale a été en partie favorisée par la crise humanitaire, qui a créé une opportunité de mieux reconstruire la santé mentale. Le succès de l'élaboration de la stratégie repose sur un processus hautement participatif incluant toutes les parties prenantes clés, y compris les ONG locales, les ONG internationales, les institutions du système des Nations Unies, les institutions universitaires et les associations professionnelles. L'évaluation externe à mi-parcours de la stratégie a montré que la mise en œuvre est effectivement en cours grâce à une approche collaborative impliquant toutes les parties prenantes.

Plusieurs activités contribuent à la prévention du suicide conformément à l'approche LIVE LIFE, à savoir :

- L'élaboration d'un guide à l'intention des professionnels des médias, et avec la participation de ceux-ci, sur la représentation de la santé mentale et de l'usage de substances psychoactives, y compris le suicide, afin d'améliorer la couverture responsable de ces sujets dans les médias.¹³ Un renforcement des capacités sera effectué et la possibilité d'intégrer ce guide dans les programmes d'études universitaires sera étudiée. Une table ronde regroupant des professionnels des médias et portant sur le rôle des médias dans la prévention du suicide a également été organisée. C'était une étape supplémentaire vers un partenariat avec les médias sur la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide au Liban.¹⁴

¹² Mental Health and Substance Use Strategy. Beirut: Ministry of Public Health, Lebanon; 2015 (https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Mental%20Health%20and%20Substance%20Use%20Strategy%20for%20Lebanon%202015-2020-V1_1-English.pdf, consulté le 28 janvier 2021).

¹³ Ministry of Mental Health, Lebanon (2019). Practical Guide for Media Professionals on the Coverage of Mental Health and Substance Use. (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Practical%20Guide%20for%20Media%20Professionals%20on%20the%20Coverage%20of%20Mental%20Health%20and%20Substance%20Use.pdf>, consulté le 28 janvier 2021).

¹⁴ Vidéo du Programme national de santé mentale, Liban (<https://www.facebook.com/watch/?v=720642161857689>, consulté le 28 janvier 2021).



- Pour la sensibilisation et le plaidoyer, des campagnes nationales annuelles de sensibilisation à la santé mentale, y compris au suicide, ont été organisées afin d'accroître la prise de conscience et de réduire la stigmatisation. Une note de sensibilisation a été lancée afin de promouvoir une approche pansociétale.¹⁵
- Un cadre national pour la prévention et la surveillance du suicide a été élaboré conformément aux cadres de l'OMS.
- Une ligne d'assistance téléphonique nationale pour le soutien émotionnel et la prévention du suicide a été lancée conjointement par une ONG locale, Embrace, et le programme national de santé mentale du Ministère de la santé publique.
- Une stratégie interministérielle de riposte à l'usage de substances psychoactives a été élaborée pour s'attaquer à toutes les substances, y compris l'alcool.
- Nous nous efforçons d'étendre les interventions de prévention fondées sur des données probantes qui peuvent aider les jeunes à développer des aptitudes pour faire face aux pressions de la vie. Des programmes d'éducation aux savoir-faire pratiques visant la santé mentale et la prévention de l'usage nocif de substances à l'intérieur et à l'extérieur des écoles ont été adaptés au contexte libanais en collaboration avec le Ministère de l'éducation. Une étude de faisabilité de leur intégration dans les programmes scolaires sera menée.
- La prestation de services de santé mentale est en cours d'intégration dans les soins de santé primaires, et les centres de santé mentale communautaires sont en cours de développement pour accroître la disponibilité, ainsi que l'accessibilité physique et économique de soins de santé mentale de qualité afin de faciliter l'identification et la prise en charge précoces de l'autodestruction, du risque de suicide et des troubles mentaux prioritaires. Ce développement comprend le renforcement des capacités des agents de soins de santé primaires à l'aide du Guide d'intervention OMS du Programme d'action mondial pour la santé mentale (OMS, 2019b).
- Il existe un renforcement des capacités en matière de santé mentale (y compris le suicide) pour les ressources humaines dans différents secteurs, notamment :
 - » un cours de formation national sur la santé mentale, comprenant le renforcement des capacités en matière d'identification et de prise en charge du risque de suicide, à l'intention des travailleurs sociaux et des travailleurs en première ligne dans le domaine de la protection de l'enfance et de la violence sexiste ;
 - » un protocole et une formation pour la prise en charge des crises émotionnelles, y compris le renforcement des capacités d'identification et de prise en charge du risque de suicide, pour les travailleurs en première ligne dans tout secteur.
- La santé mentale est intégrée dans les programmes de riposte à la violence sexuelle et sexiste. Dans ce cadre, des questions relatives à l'identification des troubles mentaux et du risque de suicide ont été intégrées dans les outils d'évaluation des modes opératoires normalisés nationaux pour la riposte à la violence sexuelle et sexiste, élaborées par le Ministère des affaires sociales. Un protocole clair pour la prise en charge du risque de suicide a été intégré. Cela contribue également à l'identification et à la prise en charge précoces.

¹⁵ Preventing suicide in Lebanon (infographic). Beirut: Ministry of Public Health, Lebanon (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Worls%20Suicide%20Prevention%20Day%202020-Advocacy%20brief-Eng.pdf>, consulté le 28 janvier 2021).



OÙ ?

Une collaboration multisectorielle est nécessaire tant pour les piliers fondamentaux que pour les interventions clés de l'approche LIVE LIFE. Le leadership doit être assuré par le gouvernement (généralement le Ministère de la santé), et il doit être complété par la participation des secteurs et des parties prenantes à tous les niveaux, notamment les autorités nationales et locales, les administrateurs, les membres et les organisations de la communauté. Par exemple, en République islamique d'Iran, des réunions intersectorielles sont régulièrement organisées par le gouverneur de chaque district, avec la participation des principaux départements (santé, agriculture, protection sociale, police, médecine légale, les associations caritatives, l'éducation), pour discuter des réalisations et des difficultés.

Encadré 8. Adaptations pour la mise en œuvre au niveau local et les populations prioritaires

Dans les contextes où les collectivités locales assurent un leadership efficace, les plans d'action locaux sont une voie permettant de passer d'une stratégie nationale de prévention du suicide à une mise en œuvre adaptée et coordonnée au niveau local et des populations prioritaires. Les plans locaux doivent être adaptés aux besoins et aux ressources disponibles de la communauté locale, qui peuvent différer de ceux identifiés au niveau national.

Le Japon est un exemple où, sur la base du plan d'action national de prévention du suicide, les municipalités et les préfectures locales sont tenues par la loi d'élaborer des plans locaux pour mettre en œuvre des mesures de prévention du suicide. Cette approche a été considérée comme souhaitable pour accélérer les efforts de prévention du suicide au Japon, car les autorités locales sont plus proches des habitants d'une communauté. Les orientations fournies ont précisé le rôle des autorités préfectorales (qui couvrent plusieurs municipalités) dans l'appui au travail des municipalités locales. Le gouvernement et le centre japonais d'appui à la lutte contre le suicide (Japan Support Center for Suicide Countermeasures) soutiennent la planification des autorités locales, tant sur le plan financier que technique.

Public Health England a soutenu toutes les localités dans l'élaboration de plans de prévention du suicide impliquant plusieurs institutions, toutes les zones devant disposer d'un plan avant avril 2019. L'exécution du plan de mise en œuvre des services de santé mentale du National Health Service (NHS) 2019/2020-2023/2024 comprend un financement réservé pour soutenir la réalisation des plans de prévention du suicide impliquant plusieurs institutions. Ces plans incluent tous les principaux organismes statutaires locaux et le secteur bénévole dans les efforts locaux continus de prévention du suicide. Les stratégies et plans locaux décrivent les mesures spécifiques qui seront prises par les institutions respectives (sur la base de la stratégie nationale anglaise, des conseils du NHS England et du NHS Improvement and Public Health England, et des données nationales et locales) pour réduire le nombre de suicides dans chaque localité en Angleterre. Le succès de cette approche a été attribué à l'exigence de présentation de plans détaillés avant l'accord de financement de l'appui, à l'alignement des plans locaux sur les orientations nationales et à l'organisation de journées d'apprentissage où les différents sites bénéficiant d'un financement peuvent apprendre les uns des autres et partager leurs expériences. Les efforts nationaux et locaux en matière de prévention du suicide restent une priorité pour le gouvernement et un système national de surveillance du suicide en temps réel est en cours d'élaboration, sous la direction de Public Health England. NHS England et NHS Improvement lanceront le programme d'amélioration de la sécurité de la santé mentale, en axant leur appui sur les établissements de santé mentale afin de réduire le taux de suicide des personnes en contact avec les services de santé mentale.

QUAND ?

La collaboration multisectorielle doit être envisagée le plus tôt possible dans la mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE. Bien qu'une certaine collaboration puisse être temporaire pour répondre à un besoin spécifique, une collaboration multisectorielle soutenue devrait faire partie de toutes les activités de prévention du suicide afin de favoriser les bénéfices énoncés ci-dessus. Au moment d'initier une collaboration potentielle, il peut être utile d'examiner l'état de préparation¹⁶ du gouvernement et des partenaires potentiels.

Box 9. Encadré 9. Comment le gouvernement a facilité la coopération multisectorielle, Bhoutan

En 2015, le soutien politique à la prévention du suicide au Bhoutan s'est dégagé suite à la présentation aux membres du gouvernement et du parlement, sous la présidence du Premier ministre, d'un rapport sur l'analyse de la situation du suicide au Bhoutan. Compte tenu de l'ampleur et de la gravité du problème, le gouvernement a ordonné la mise en place d'un programme ou d'une unité spécifique pour la prévention du suicide. Suite à cela, une étude nationale sur les cas de suicide notifiés a été réalisée et a constitué la base du plan d'action de la stratégie nationale qui a été élaboré et est devenu opérationnel en 2016. Un programme national de prévention du suicide a été mis en place au sein du Ministère de la santé afin de coordonner les efforts de prévention du suicide dans tout le pays et de maintenir les parties prenantes impliquées dans la prestation de services de prévention du suicide. La prévention du suicide étant multidimensionnelle et impliquant diverses parties prenantes clés, un comité d'orientation national a été formé pour donner un cap à l'action multisectorielle et pour tenir le gouvernement informé des défis, des enjeux et des progrès de la riposte au suicide. Les institutions collaboratrices responsables de différents départements ont été appelées à participer à la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention du suicide et à créer une plateforme pour discuter des progrès, des défis et des enjeux, ainsi que de la voie à suivre. Les parties prenantes étaient les suivantes : le Ministère de la santé, le Ministère de l'éducation (Département de la jeunesse et des sports), le Ministère de l'intérieur et de la culture (Département des collectivités locales), la Police royale du Bhoutan, l'autorité nationale de lutte contre les stupéfiants, la commission nationale de la femme et de l'enfant, l'ONG RENEW (Respect, Educate, Nurture and Empower Women), les médias (télévision, journaux nationaux, radio), le Ministère de l'agriculture, Kheser Gyalpo University of Medical Sciences of Bhutan, Bhutan Infocomm & Media Authority et Dratshang (la commission des affaires monastiques).



© WHO / Quinn Mattingly

¹⁶ Cela implique l'engagement d'un groupe à changer, et la croyance en sa capacité à le faire (Weiner, 2020).



QUI ?

Dans le cadre d'activités nationales telles que la mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, le leadership doit provenir du gouvernement, en particulier du Ministère de la santé, qui doit identifier et rassembler des parties prenantes qui ne collaboreraient peut-être pas autrement (voir [pour une liste des secteurs et des parties prenantes à l'annexe 1](#)). Cependant, les autorités locales peuvent également assurer la coordination des parties prenantes locales. Par exemple, LifeSpan est une approche intégrée de la prévention du suicide en Australie, où les réseaux de santé primaire sont les chefs de file d'une collaboration multisectorielle afin de s'assurer que les initiatives sont menées par la communauté.¹⁷ Les partenaires clés comprennent des personnes ayant une expérience vécue du suicide. Les partenariats public-privé et l'engagement au plus haut niveau du gouvernement sont des exemples uniques qui facilitent le changement.

Encadré 10. Formation de partenariats public-privé, États-Unis d'Amérique

L'Action Alliance for Suicide Prevention in the USA est un partenariat public-privé qui comprend plus de 250 partenaires et coordonne une riposte nationale intégrée au suicide. En 2012, l'Action Alliance a réuni diverses parties prenantes des secteurs public et privé, notamment des représentants du gouvernement, des organisations nationales à but non lucratif et des groupes du secteur public, des experts en prévention du suicide, des prestataires de soins de santé et des personnes ayant une expérience vécue du suicide. Le travail de l'Action Alliance comprend la promotion de la stratégie nationale, l'action prioritaire dans trois domaines d'activité dans le renforcement des prestations contre le suicide, le renforcement de la prévention communautaire du suicide et le changement du discours national sur le suicide. Le travail de l'Action Alliance a été rendu possible par plusieurs facteurs clés. Premièrement, un responsable du gouvernement fédéral a reconnu la contribution significative qu'un partenariat public-privé solide pourrait apporter à la baisse du suicide à l'échelle nationale et a accepté de se faire le champion de cet effort. Deuxièmement, il y avait une volonté de mobiliser plusieurs organismes et départements fédéraux et de leur permettre d'être des partenaires égaux dans l'initiative. Troisièmement, il y avait une volonté d'effectuer un investissement initial de fonds fédéraux et de le maintenir jusqu'à ce que des fonds privés puissent également être obtenus. Lors du lancement de l'Action Alliance le 10 septembre 2010, la collaboration de haut niveau a été clairement démontrée par la présence du Secrétaire à la santé et aux services sociaux et du Secrétaire à la défense, par la volonté du Secrétaire à l'armée de servir de coprésident pour le secteur public, ainsi que par la volonté d'un ancien sénateur des États-Unis d'Amérique, qui avait perdu son propre fils par suicide, de servir de coprésident pour le secteur privé. Cet engagement fédéral de haut niveau a également permis d'inciter les dirigeants de plusieurs domaines du secteur privé à soutenir l'effort.

L'influence d'un soutien de haut rang au sein du gouvernement a historiquement eu un effet considérable sur la dynamique de la collaboration multisectorielle pour la prévention du suicide, et donc sur la mise en œuvre de mesures pour sauver des vies. Une approche dirigée par le gouvernement signale que la prévention du suicide exige la collaboration de différentes administrations publiques, et que la prévention du suicide n'est pas l'apanage du secteur de la santé. Une telle influence a été observée par le groupe de travail présidentiel sur la prévention du suicide au Sri Lanka, par le gouvernement japonais et par la (toute première) nomination d'un ministre de la prévention du suicide au Royaume-Uni, qui gère désormais le portefeuille de la prévention du suicide, de la santé mentale et de la sécurité des patients.



© WHO / Sebastian Oriel

¹⁷ Integrated Suicide Prevention, Lifespan (<https://www.health.act.gov.au/about-our-health-system/office-mental-health-and-wellbeing/lifespan>, consulté le 28 janvier 2021)



Encadré 11. Influence au plus haut niveau, Australie

L'Australie possède une approche nationale de prévention du suicide depuis 1997, principalement pilotée par les portefeuilles de la santé (au niveau national et étatique). Le pays ayant reconnu la nécessité d'une approche pangouvernementale, un tout premier conseiller national pour la prévention du suicide a été nommé en 2019, relevant directement du Premier ministre. Pour appuyer le travail du conseiller national du Premier ministre pour la prévention du suicide, un groupe de travail national sur la prévention du suicide a été créé en août 2019, sous la direction conjointe du Ministère de la santé et des Services du Premier ministre, et composé de personnes détachées de diverses institutions gouvernementales. Un comité interministériel de haut niveau sur la prévention du suicide a été créé pour faciliter les contributions et les orientations en vue de l'élaboration d'initiatives de prévention du suicide dans l'ensemble du gouvernement. Un groupe consultatif d'experts a été nommé pour s'assurer que le conseiller ait accès en permanence à des orientations de la part de personnes ayant une expérience vécue du suicide, d'experts en recherche sur la prévention du suicide, d'experts en prévention du suicide chez les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres, et d'experts en politique sociale et communautaire associée à la prévention du suicide.

Encadré 12. Impliquer les personnes ayant une expérience vécue

Les personnes ayant une expérience vécue du suicide devraient être impliquées dans tous les aspects de l'approche LIVE LIFE. L'éclairage des personnes ayant une expérience vécue est crucial et contribuera à permettre que les activités répondent aux besoins des personnes présentant un risque de suicide. L'implication des personnes ayant une expérience vécue permettra de satisfaire les besoins réels des personnes nécessitant un soutien. Leur expertise est essentielle pour éclairer, influencer et améliorer tous les aspects de la prévention du suicide.

En outre, leur participation peut contribuer à servir de modèle d'espoir à d'autres personnes qui sont confrontées à des comportements suicidaires, qui en sont affectées ou qui ont perdu un proche à la suite d'un suicide. Chaque groupe de travail chargé de chacun des piliers et des interventions doit avoir en son sein des personnes ayant une expérience vécue qui sont activement associées à la planification, à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation. Tous les groupes de travail doivent suivre un processus participatif qui prend également en compte les points de vue des personnes ayant une expérience vécue.

Cette participation n'est pas symbolique, et les opinions des personnes ayant une expérience vécue sont entendues et valorisées par la prise en compte de leurs commentaires dans la conception des programmes, la réforme des politiques et l'amélioration ou la refonte des services. Il convient d'allouer suffisamment de temps et de ressources lors de la planification des activités LIVE LIFE afin de permettre les interactions avec les personnes ayant une expérience vécue. Cette implication peut être chargée d'émotion et parfois difficile pour les personnes ayant une expérience vécue, et il convient de faire preuve de prudence lors de la discussion de certains aspects (par exemple, les détails sur les méthodes de suicide). Des dispositions doivent être prises pour garantir que les personnes bénéficient d'un soutien adéquat pendant leur participation,¹⁸ et il faut penser à prendre des mesures visant à préserver l'anonymat.

En matière de prévention du suicide, l'expression «personnes ayant une expérience vécue» désigne les personnes qui ont déjà manifesté des comportements suicidaires, notamment en ayant eu des pensées suicidaires, et les personnes qui ont été endeuillées par un suicide, comme les membres de la famille, les amis et les collègues (également appelées survivants ou survivants d'un suicide). Le LifeSpan Lived Experience Framework¹⁹ offre un cadre pour l'intégration de l'expérience vécue au sein d'une organisation. Roses in the Ocean²⁰ présente les meilleures pratiques sur les modalités d'une telle intégration efficace et sûre en faveur des personnes ayant une expérience vécue. Un exemple de participation significative en Écosse est fourni à l'[annexe 2](#).

¹⁸ Liste de contrôle du «storytelling» pour la prévention du suicide National Suicide Prevention Lifeline (USA) (<https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2018/10/Lifeline-Storytelling-Checklist.pdf>, consulté le 28 janvier 2021).

¹⁹ Le Cadre d'expérience vécue de LifeSpan Black Dog Institute (Australia) (https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/bdi_lived-experience-summit-2018_final.pdf, consulté le 28 janvier 2021).

²⁰ Roses in the Ocean (Australia) (<https://rosesintheocean.com.au/>, consulté le 28 janvier 2021).



COMMENT ?

1. Formez un groupe de pilotage et formulez une vision de la collaboration (voir [Encadré 1 Introduction](#))

Identifiez les personnes qui joueront un rôle clé dans la mise en place et le suivi des collaborations. Décidez des leaders qui seront en mesure de réunir les collaborateurs et de coordonner les activités. Il est essentiel d'y associer les responsables de budget concernés, ainsi que les autorités aux niveaux du gouvernement central et des administrations locales.

- Réfléchissez aux objectifs et à l'étendue de la collaboration, ayez une bonne compréhension de ce que vous espérez obtenir grâce à la collaboration et définissez ce à quoi ressemblera le succès (voir également [l'annexe 3](#) et [Suivi et évaluation](#)).
- Planifiez le financement de la collaboration en tenant compte, par exemple, du temps, des frais de transport et des activités.

2. Identifiez les collaborateurs et décidez des modalités d'engagement.

- Dressez la liste des collaborateurs (par exemple pendant l'analyse de la situation) en pensant aux éléments suivants pour les collaborateurs potentiels :
 - » rôle dans LIVE LIFE;
 - » implication actuelle dans la prévention du suicide et attitudes vis-à-vis de celle-ci ;
 - » raisons potentielles/aversion à s'engager dans la prévention du suicide ;
 - » croyances culturelles ou religieuses, conditions sociales et économiques et canaux de communication habituels ;
 - » relations avec d'autres secteurs/parties prenantes;
 - » pouvoir/influence pour garantir l'engagement de tous les partenaires et la mise en œuvre des changements recommandés ;
 - » leur contribution potentielle à l'effort de collaboration (par exemple, ressources, compétences) ;
 - » les avantages qu'ils tirent de leur participation (qui pourraient être mis en évidence au moment où leur participation est sollicitée) ;
 - » tout autre problème lié à leur participation (conflits éventuels, obstacles, contraintes).

- Décidez des techniques pour obtenir l'implication des collaborateurs, par exemple :
 - » les protocoles d'accord ou de coopération (par exemple, entre ministères) ;
 - » réunions publiques ;
 - » groupes de réflexion
 - » ateliers ;
 - » rencontres/entretiens individuels ;
 - » événements de sensibilisation ;
 - » Internet (questionnaires, consultations, courriels).

3. Échangez avec les collaborateurs.

- Dans le cadre de vos échanges avec les collaborateurs, discutez des points suivants :
 - » l'importance de la prévention du suicide ;
 - » le rôle des collaborateurs dans la prévention du suicide ;
 - » les avantages potentiels qu'ils peuvent tirer de leur participation pour eux-mêmes et pour la mise en œuvre de LIVE LIFE ;
 - » l'utilisation d'un langage approprié;
 - » le respect des différents points de vue ;
 - » toute préoccupation qu'ils pourraient avoir au sujet de leur participation.

4. Organisez une première réunion de collaboration

- Accordez-vous sur les objectifs communs de la collaboration.
- Examinez ce que chaque partenaire peut apporter à la collaboration (ressources, compétences, relations/zones d'influence), et déterminez si les collaborateurs ont des exigences/contraintes qui doivent faire l'objet de négociations.
- Définissez les rôles et les responsabilités de chaque collaborateur.
- Élaborez des lignes directrices/règles claires pour la collaboration et définissez les procédures à suivre si elles ne sont pas respectées.
- Formulez un plan d'action : identifiez un ensemble d'actions à court et moyen terme qui peuvent être classées par ordre de priorité dans un premier temps, assorties d'un calendrier d'exécution à long terme. Fixez des objectifs SMART²¹ et réfléchissez aux modalités de financement des actions.
- Instaurez des mécanismes de responsabilisation pour renforcer la transparence : un plan d'action et les engagements des parties prenantes doivent être clairement définis et diffusés au grand public.

²¹ Les objectifs SMART sont des actions qui sont spécifiques, mesurables, réalisables, pertinentes et assorties de délais (<https://www.mindtools.com/pages/article/smart-goals.htm>, consulté le 28 janvier 2021).



5. Commencez la collaboration et faites le suivi et

l'évaluation des progrès (voir [Suivi et évaluation](#))

- Créez un calendrier de réunions régulières avec les collaborateurs pour examiner les progrès du plan d'action et faire des ajustements/concevoir de nouvelles actions. Convenez des délais dans lesquels les actions doivent être achevées.
- Discutez des éventuelles difficultés et leçons apprises.
- Procédez régulièrement à des évaluations formelles de l'engagement des collaborateurs ; si possible, les évaluations doivent être réalisées par des tiers indépendants.

Encadré 13. Sauver des vies, sous la houlette de la communauté, Inde

À Chennai, dans le sud de l'Inde, un bâtiment anodin situé dans une étroite ruelle bordée d'arbres abrite une organisation qui a sauvé de nombreuses vies. Les bénévoles de cette ONG, SNEHA, ne sauraient eux-mêmes dire le nombre de personnes qui étaient au bord du suicide et qu'ils ont réussi à ramener. En tant qu'étudiants en psychiatrie, nous n'avions pas grand-chose à offrir pour d'autres pathologies, mais personne ne faisait rien pour un drame évitable comme le suicide, d'où la création de SNEHA.

Au début des activités de SNEHA en 1986, le suicide était un sujet qui faisait l'objet de stigmatisation sociale. Les débuts ont été difficiles, car le concept de bénévolat, de soutien émotionnel et de prévention du suicide suscitait très peu d'intérêt, à tel point qu'il était difficile de trouver un local à louer. Lentement et avec constance, le travail de SNEHA a été reconnu par le public, les médias et les professionnels de la santé mentale. Au fil des décennies, SNEHA est allé au-delà d'un simple service d'assistance téléphonique en matière de suicide pour sensibiliser la communauté, aborder les questions politiques et mettre en place des interventions communautaires innovantes afin de réduire les suicides. Au début des années 2000, les bénévoles de SNEHA ont commencé à remarquer que, chaque année au mois de juin, le nombre d'appelants augmentait. Des bénévoles se relayaient 24 heures sur 24 pour gérer les appels de détresse d'étudiants qui voulaient se suicider en raison d'un échec aux examens pendant cette période. La plupart des élèves qui se sont suicidés n'avaient échoué que dans une ou deux matières. Pourtant, l'écoute compatissante ne suffisait pas : il fallait changer de politique pour sauver les vies des jeunes gens. Nous avons mené un lobbying intense auprès du gouvernement de l'État du Tamil Nadu pour l'introduction d'examens de rattrapage permettant aux étudiants de subir à nouveau l'examen dans un délai de deux mois sans perdre une année scolaire. Les médias ont apporté un soutien massif à cette initiative.

Fin 2002, le gouvernement du Tamil Nadu a annoncé l'introduction d'examens de rattrapage spéciaux pour les élèves qui avaient échoué dans au plus trois matières. Cette mesure a été mise en œuvre en 2003, bien que la nouvelle politique n'ait été rendue publique qu'à la fin de 2004. Après que l'État a fait connaître la possibilité de subir des examens de rattrapage, le nombre de suicides d'étudiants a chuté de près de 50 %. Le simple fait qu'ils aient une seconde chance semblait faire une grande différence. L'espoir, semble-t-il, a fait des merveilles et plusieurs autres États ont emboîté le pas.

Le nombre de plus en plus élevé de suicides au sein de la population de réfugiés sri-lankais vivant au Tamil Nadu a incité une autre ONG à contacter SNEHA pour qu'il s'occupe de ce problème. Une intervention peu onéreuse mise en œuvre par des pairs, appelée Contact and Safety Planning (Planification de la sécurité et des contacts - CASP), a été conçue. À la fin de la première année, les comportements suicidaires ont été réduits de manière significative dans le camp de réfugiés ciblé par l'intervention. (Vijayakumar et al., 2017). Les stratégies d'intervention communautaire de SNEHA ont toujours été peu onéreuses, à faible intensité de main-d'œuvre et basées sur le soutien par les pairs. En effet, ces stratégies peuvent être reproduites avec succès partout dans le monde.



En 2017, après des décennies de lobbying mené par SNEHA auprès du gouvernement indien sur la nécessité de dépénaliser les tentatives de s'ôter la vie, la loi de l'ère coloniale a finalement été rendue caduque par l'adoption de la loi sur la santé mentale. SNEHA a également plaidé sans relâche et ce aux plus hauts niveaux du gouvernement, y compris au ministère de la santé, en faveur de l'adoption d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Ces efforts ont abouti à la création d'un comité et à la rédaction d'un Plan d'action national. L'histoire de SNEHA est en même temps celui de la manière dont la perte des vies des jeunes à cause du suicide n'est pas ignorée, mais amène à la prise de mesures immédiates et urgentes pour sauver des vies. Cette histoire montre jusqu'où peut aller l'action communautaire.

Encadré 14. Groupe de travail présidentiel pour la prévention du suicide, Sri Lanka

En 1995, le Sri Lanka a été cité par la communauté internationale comme le pays où le taux de suicide est le plus élevé au monde. C'est pourquoi, en 1997, le président de l'époque a constitué un groupe de travail présidentiel pour lutter contre le suicide au Sri Lanka. L'un des facteurs déterminants du succès de ce groupe de travail a été le fait qu'il a été institué par le président, ce qui a conduit tous les secteurs à collaborer pleinement.

Le Groupe de travail multisectoriel était composé de représentants des milieux de la santé, de l'éducation, de l'agriculture, du développement social, des services sociaux, des universités et des ONG qui fournissent des services communautaires. Les principales raisons du succès de cette collaboration multisectorielle ont été la composition du groupe de travail, l'enthousiasme de son président et l'autorité qui l'a institué. En outre, il y avait un équilibre entre les autorités administratives impliquées (telles que le responsable de l'enregistrement des pesticides, le directeur de l'autorité Samurdhi (financement du développement) et le directeur du bureau d'éducation sanitaire) et les experts techniques (tels que les responsables de la santé publique, les sociologues et les psychiatres). Le Groupe de travail a fondé ses recommandations sur des données probantes et le consensus.

Le Groupe de travail a non seulement recommandé des interventions pour prévenir le suicide, mais a également continué à assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations au niveau local pendant plusieurs années après. Les principaux ingrédients de la mise en œuvre réussie au niveau communautaire sont l'approche collaborative entre le Groupe de travail et les communautés, un programme dédié pour examiner les déterminants du suicide dans les villages, ainsi que le suivi et l'évaluation.

Au Sri Lanka, il était important de tirer le meilleur parti des ressources de l'autorité politique au bon moment afin de faire avancer les choses. Pour d'autres pays semblables au Sri Lanka, les professionnels de la santé publique doivent être en mesure de mener un plaidoyer auprès des plus hautes instances décisionnelles, en fondant leurs actions sur les meilleures données disponibles et adaptées aux contextes culturels.

CONSEILS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 3. Conseils pour la mise en œuvre de la collaboration multisectorielle

Problèmes	Conseils
<p>La prévention du suicide n'est pas une priorité pour les autres secteurs/acteurs et/ou les pouvoirs publics nationaux. Selon eux, la prévention du suicide relève uniquement du secteur de la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faites recours au plaidoyer pour montrer que la prévention du suicide dépasse le cadre du secteur de la santé et nécessite une collaboration. • Il faut que la prévention du suicide soit reconnue comme une question à part entière, ce qui permet de prendre en compte tous les facteurs de risque sous-jacents et pas seulement l'état de santé mentale. • Tenez des réunions régulières avec d'autres secteurs et parties prenantes pour souligner la valeur éthique, politique et économique de la prévention du suicide, et associez-les aux actions de sensibilisation. • Augmentez le budget consacré à la prévention du suicide dans les autres secteurs pour permettre leur participation. Allouez des budgets spécifiques aux piliers et aux interventions spécifiques de LIVE LIFE afin que ceux-ci puissent être dotés de ressources adéquates, au lieu qu'ils soient considérés comme une activité de routine du secteur en question. • Communiquez régulièrement avec les parties prenantes sur les activités de prévention réussies afin de maintenir l'engagement et la dynamique. • Envisagez d'intégrer la prévention du suicide dans d'autres politiques et programmes prioritaires de santé publique (par exemple, la santé mentale, la lutte contre l'alcoolisme, la prévention de la violence). • En cas de stigmatisation, invitez les partenaires à participer à des discussions de sensibilisation, à fournir des informations et à dissiper les mythes sur le suicide. • Trouvez des champions (c'est-à-dire des personnes qui ont à cœur la prévention du suicide et sont disposées à jouer un rôle de premier plan) disposés à aider à l'obtention de la participation de leurs pairs. Il est préférable d'avoir plus d'un champion car les rôles des personnes changent au cours de la mise en œuvre.
<p>Intérêts conflictuels (tant en termes d'actions que de financement).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Définissez les buts et objectifs mutuels à atteindre. • Définissez le rôle des collaborateurs et mettez en place des mécanismes de transparence et de responsabilisation pour garantir que leur contribution cadre avec ce rôle. La gestion transparente du budget alloué devrait en faire partie. • Procédez régulièrement à une évaluation de la collaboration et réglez les problèmes qui se posent. • Veillez à ce que les efforts des collaborateurs soient dûment reconnus dans les communications internes et externes. • Travaillez à l'identification des possibilités de financement ou de mobilisation conjointe des ressources afin de vous assurer que les parties prenantes ne sont pas en concurrence pour les mêmes ressources.



Problèmes (continued)	Conseils (continued)
Absence de travail d'équipe et de coordination	<ul style="list-style-type: none">• Identifiez clairement le rôle de chacune des parties prenantes.• Organisez régulièrement des réunions pour entretenir les relations et passer les actions en revue.• Établissez des canaux de communication entre les réunions pour les différentes parties prenantes et partagez les informations le plus rapidement possible afin de réduire la duplication des efforts.• Identifiez les objectifs communs qui peuvent fédérer les individus en vue d'une réalisation conjointe.• Mettez en place des systèmes de gouvernance et de responsabilisation, rendez les plans accessibles au public et convenez des mesures à prendre si les parties prenantes ont des difficultés à assumer leurs responsabilités.
Leadership absent ou inefficace	<ul style="list-style-type: none">• Apprenez à communiquer et à travailler avec un éventail de parties prenantes.• Sachez discerner les caractéristiques d'un leadership efficace et celles d'un leadership inefficace, ce qui vous aidera à éviter les pièges et à renforcer vos aptitudes de leadership.²²• En cas de rotation élevée des dirigeants, envisagez des mécanismes qui permettront de maintenir la continuité - par exemple, des personnes qui peuvent remplir le rôle en période de transition, ou une direction collégiale..• Veillez à ce que la planification et les actions tiennent compte de l'apport de tous les niveaux de collaborateurs, plutôt que de vous fier à une approche descendante.• Efforcez-vous d'obtenir un financement sur plusieurs années afin de donner aux initiatives le temps d'être déployées et évaluées.

²² Roue du leadership et de l'héritage. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/grantees/core-competencies/leadership>; <https://www.sprc.org/resources-programs/legacy-wheel>, consulté le 28 janvier 2021).



© WHO / Hery Razafindralambo



SENSIBILISATION ET PLAIDOYER

QUOI ?

La sensibilisation et le plaidoyer constituent des activités cruciales pour des problèmes de santé publique souvent négligés, tels que la prévention du suicide. La sensibilisation à la santé publique est un processus organisé de communication qui cible un public afin d'accroître les connaissances et de modifier les attitudes, les croyances ou les comportements concernant un sujet important de santé publique. Le plaidoyer peut être associé à la sensibilisation dans le but de préconiser les changements nécessaires pour remédier à un problème.

Grâce à une meilleure sensibilisation, les communautés et les pays observeront une augmentation des demandes de services et de soutien. Par conséquent, les personnes qui mènent les efforts de sensibilisation doivent être préparées à cette augmentation. (voir [Identification précoce, évaluation, gestion et suivi](#), et [Renforcement des capacités](#)).

La sensibilisation attire l'attention sur la prévention du suicide, en diffusant des messages tels que :

- Le suicide est un problème grave de santé publique.
- Les personnes qui en sont affectées peuvent demander de l'aide.
- Comment identifier et soutenir une personne présentant un risque de suicide.
- Comment ouvrir une conversation sur le suicide et réagir de manière appropriée si une personne manifeste des comportements suicidaires.

Le plaidoyer consiste à essayer de provoquer un changement, généralement au niveau politique, en plaidant pour que :

- davantage de fonds soient alloués aux interventions de prévention du suicide ;
- des changements soient apportés à la législation, comme la décriminalisation ;
- l'intégration de la prévention du suicide soit effective dans les écoles, les lieux de travail, les systèmes de santé ;
- une stratégie nationale de prévention du suicide soit adoptée ;
- les systèmes de surveillance du suicide et de l'automutilation soient améliorés ; et
- des ressources et du soutien soient fournis aux groupes à risque.

Il est important de noter que le langage utilisé dans la sensibilisation ne banalise ni ne stigmatise le suicide. (voir [Ressources](#) pour les conseils sur l'utilisation du langage). Si l'on peut admettre que les pensées suicidaires peuvent survenir tout au long de la vie, il convient de souligner l'importance de fournir et de rechercher du soutien. Tenez compte non seulement **de ce que** vous communiquez, mais aussi **de la manière** dont vous le communiquez. Veillez à ce que les messages abordent les mythes et les idées fausses, et à ce qu'ils utilisent un langage qui ne soit ni sensationnel ni agressif.

POURQUOI ?

La sensibilisation et le plaidoyer sont des actions stratégiques qui contribuent aux efforts globaux de prévention du suicide, en ce qu'elles influencent les décideurs et l'opinion publique, les attitudes et les comportements.



S'agissant des décideurs, le plaidoyer peut :

- contribute to increased political commitment and increased resource allocation for suicide prevention measures; and
- be used to influence non-health stakeholders about their role in suicide prevention, including, but not limited to, agriculture, transport, judiciary, the community, and the private and labour sectors.

Pour ce qui est du public, la sensibilisation peut :

- informer sur le fait que le suicide est un problème grave de santé publique qui mérite l'attention ;
- réduire la stigmatisation entourant le suicide en dissipant les mythes ou les idées fausses et en s'attaquant aux attitudes ou aux croyances concernant la santé mentale et le suicide, y compris les attitudes envers les personnes qui ont fait une tentative de suicide et les membres de la famille endeuillée ;
- conscientiser davantage les gens sur leur rôle dans le soutien des personnes à risque ;
- encourager en offrant de l'aide et inciter à des comportements de recherche d'aide ; et
- fournir des informations sur les lieux où trouver de l'aide.

Encadré 15. La sensibilisation crée une demande de services, Kenya

Malgré l'absence d'une stratégie nationale de prévention du suicide, Befrienders Kenya a un intérêt direct dans la prévention du suicide. En offrant des services d'écoute aux personnes en grande détresse, en coordonnant les efforts lors de la Journée mondiale de prévention du suicide, en travaillant avec les médias et en organisant des formations à l'intention des aiguilleurs, Befrienders Kenya a observé une augmentation des demandes de sessions de sensibilisation et de formation. Ces demandes traduisent clairement l'intérêt suscité par les efforts de Befrienders Kenya en matière de sensibilisation au suicide et à sa prévention. En réponse à cette demande, Befrienders Kenya propose des formations telles que celle destinée aux aiguilleurs au niveau communautaire afin de doter des groupes communautaires spécifiques des connaissances et des compétences nécessaires pour réduire la stigmatisation et promouvoir la recherche d'aide – contribuant ainsi aux efforts de prévention du suicide. La sensibilisation menée par Befrienders Kenya constitue également une plateforme pour les efforts de plaidoyer sur la prévention du suicide dans le pays.

OÙ ?

La sensibilisation et le plaidoyer pour la prévention du suicide peuvent aller d'événements organisés dans une seule communauté (comme un village ou un lieu de travail) à des campagnes de communication publique à l'échelle nationale. Le plaidoyer pour le changement peut être intégré dans la sensibilisation (comme les réunions conjointes) avec les pouvoirs publics et les ONG. Les messages peuvent être diffusés par un canal largement accessible et couramment utilisé par une communauté (comme une émission radio, ou lors d'une réunion communautaire ou religieuse), ou par plusieurs canaux pour atteindre des publics divers et améliorer la portée géographique dans un pays (comme les médias sociaux, la presse écrite, la télévision, la radio, les points de presse, les conférences ou ateliers, les publicités imprimées ou les panneaux d'affichage).

QUAND ?

La sensibilisation peut être mise en œuvre de manière continue en utilisant des méthodes de communication statiques telles que des panneaux d'affichage, des journaux à parution régulière, des publicités ou des affiches dans des lieux de la communauté auxquels accèdent les personnes qui cherchent de l'aide ou qui sont à risque de suicide (par exemple dans les écoles, les postes de police, les transports publics, les services de santé). Il est important d'évaluer l'impact des efforts déployés et de le communiquer aux décideurs afin de démontrer l'intérêt de financer une activité continue. Les points focaux locaux ou nationaux pour la prévention du suicide peuvent poursuivre le plaidoyer pour la prévention du suicide dans les agendas connexes.

Encadré 16. Mois national de sensibilisation au suicide, Japon

Pour concentrer les efforts et les ressources, les pays peuvent choisir de consacrer une période de temps spécifique à la sensibilisation. Par exemple, en 2010, le Japon a choisi le mois de mars comme mois national de sensibilisation à la prévention du suicide. Cette date a été choisie comme date significative en raison de l'augmentation du taux de suicides observée en mars au Japon.²³ Plus récemment, des affiches ont été apposées dans les transports au Japon pour sensibiliser le public.

²³ Japan turning a corner in suicide prevention (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/japan_story/en/, consulté le 28 janvier 2021).



Les pays et les communautés peuvent profiter de l'occasion des journées mondiales de la santé publique pour amplifier les efforts de sensibilisation en organisant des campagnes. Ces campagnes peuvent viser l'ensemble de la population et/ou être mises à profit pour cibler des groupes sélectionnés.

Les dates annuelles importantes pour la prévention du suicide sont les suivantes :

- 10 septembre Journée mondiale de prévention du suicide (JMPS)
- 10 octobre Journée mondiale de la santé mentale
- Novembre (date variable chaque année) : Journée internationale des survivants du suicide

L'avantage d'utiliser les journées mondiales réside dans le fait que des efforts à grande échelle sont déployés pour développer des ressources qui peuvent être partagées et utilisées par de nombreuses autres personnes. La Journée mondiale de prévention du suicide est organisée par l'Association internationale pour la prévention du suicide (IASP). Les efforts déployés par les pays sont soutenus par l'IASP à travers la collecte, le partage et la mise à disposition de ressources documentaires et l'organisation d'activités. Des centaines d'activités dans plus de 70 pays ont été organisées lors de cette journée depuis sa création en 2003. Il s'agit notamment d'événements éducatifs et commémoratifs, de points de presse, de conférences et d'une vaste médiatisation sur les réseaux sociaux.²⁴ Les activités de suivi (par exemple, pendant deux semaines après ces dates mondiales) peuvent être un moyen efficace de renforcer la durabilité des messages diffusés lors des journées de campagne.

QUI ?

La sensibilisation et le plaidoyer nécessitent une collaboration entre plusieurs parties prenantes. Au niveau national, le leadership peut être le résultat d'une collaboration entre le ministère de la santé et les médias. Les médias sont un partenaire essentiel de la sensibilisation. Un partenariat avec les médias doit être considéré comme un élément clé des efforts continus de sensibilisation et de plaidoyer. (voir [Interaction avec les médias pour une information responsable sur le suicide](#)).

Au niveau communautaire, le leadership peut être assumé par des personnes ou des organisations ayant un intérêt direct dans la prévention du suicide. Les parties prenantes peuvent être des

personnes ayant une expérience vécue, des représentants du public cible ou des ONG. Des personnes ayant une expérience en matière de sensibilisation (par exemple dans d'autres domaines de la santé publique) devraient figurer parmi les parties prenantes.

Encadré 17. See Me - lutte contre la stigmatisation, Écosse

L'un des principaux objectifs stratégiques du plan d'action pour la prévention du suicide du gouvernement écossais est de veiller à ce que le suicide ne fasse plus l'objet de stigmatisation. Des efforts plus vastes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées à la santé mentale concourent à cet objectif, ainsi qu'à deux autres objectifs stratégiques, à savoir que les personnes présentant un risque de suicide se sentent capables de demander de l'aide et que les personnes touchées par le suicide ne sont pas seules. La non-stigmatisation de la demande d'aide pour un problème de santé mentale ou en cas de détresse est essentielle pour que les gens puissent parler de ce qu'ils ressentent avant d'atteindre un stade où le suicide devient une option. See Me, le programme écossais visant à mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination en matière de santé mentale, concentre son travail sur la réduction des inégalités et sur une approche d'inclusion de la santé mentale dans trois domaines essentiels. Dans le monde scolaire, les jeunes et les adultes qui les entourent se voient proposer un langage commun pour parler de la santé mentale, afin que les jeunes n'aient pas peur de s'exprimer. En milieu professionnel, les employeurs œuvrent avec See Me pour améliorer les politiques et les pratiques susceptibles d'être à l'origine de discriminations, ainsi que pour changer les cultures afin que les employés se sentent capables de dire qu'ils ont des difficultés et que des ajustements raisonnables soient mis en place pour les soutenir. Dans le domaine des soins de santé, See Me s'est efforcé de promouvoir l'implication des personnes ayant une expérience vécue de la détresse dans la formation du personnel de santé afin que ce dernier soit conscient de l'impact négatif des réactions non compatissantes et dédaigneuses. Ce travail est soutenu par des partenaires au niveau local, des partenaires intersectoriels et ceux ciblant les groupes à haut risque qui, en même temps avec un mouvement social en pleine expansion à travers l'Écosse, changent la culture autour de la santé mentale en Écosse afin que les gens ne se sentent pas seuls et puissent demander de l'aide lorsqu'ils sont en détresse.

²⁴ Activités suggérées par l'Association internationale pour la prévention du suicide (IASP) (<https://www.iasp.info/wspd2019/suggested-activities/>, consulté le 28 janvier 2021).



Les champions de la prévention du suicide peuvent donner un coup d'accélérateur aux efforts de sensibilisation et de plaidoyer. Les champions peuvent être des membres influents ou reconnus d'une communauté (tels qu'un chef religieux ou une figure politique locale) ou des célébrités nationales ou mondiales qui ont démontré leur engagement et leur intérêt pour la santé mentale et la prévention du suicide - comme Heads Together, dirigé par la Fondation royale du Duc et de la Duchesse de Cambridge au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. L'identification de champions ayant une expérience vécue peut aider à retenir l'attention de la population ou donner l'impulsion à une augmentation à grande échelle des initiatives de prévention du suicide, comme la Garrett Lee Smith Memorial Act (Loi en mémoire de Garrett Lee Smith)²⁵ aux États-Unis d'Amérique.

En vertu de cette loi, des subventions pour la prévention du suicide chez les jeunes ont ensuite été accordées à tous les États fédérés des États-Unis, ainsi qu'à des établissements universitaires et à plus de 50 tribus autochtones. Les recherches ont montré que les zones bénéficiant d'activités financées par des subventions ont connu une baisse du taux de suicide chez les jeunes. (Godoy Garraza et al., 2019).

Parmi les champions de la sensibilisation et du plaidoyer figurent également des personnes ou des organisations ayant un intérêt dans la prévention du suicide - comme les ONG, ou les responsables de la santé, des soins sociaux et des sciences, ou les défenseurs de la prévention du suicide, y compris les membres de la famille.

Encadré 18. Des champions déterminés et engagés, États-Unis d'Amérique

En 1996, les Nations Unies ont publié un document intitulé *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategie* (Prévention du suicide : directives pour la formulation et la mise en œuvre de stratégies nationales). Ce document appelle les gouvernements à formuler une stratégie nationale de prévention du suicide et à mettre en place un organisme de coordination chargé de la prévention des comportements suicidaires. Cet appel à l'action a été entendu par Jerry et Elsie Weyrauch de Marietta, en Géorgie, qui avaient perdu leur fille médecin de 34 ans, Terri, décédée par suicide. Ils ont pris la tête d'un mouvement de survivants du suicide et d'alliés et ont créé une organisation à but non lucratif, le Suicide Prevention Advocacy Network USA (SPAN-USA), qui a modifié la réponse au suicide aux États-Unis. Le plaidoyer de ce couple de Géorgie et des innombrables autres personnes qui se sont jointes à leur croisade a contribué à l'élaboration de la première stratégie nationale aux États-Unis. En attirant l'attention des législateurs nationaux sur le suicide et en faisant entendre la voix de ces nombreux survivants, le chagrin s'est transformé en action, la douleur en promesse et la souffrance en espoir. En 1997, après que le sénateur américain Harry Reid ait raconté l'histoire de son père qui s'était suicidé plusieurs années auparavant, les Weyrauchs ont contacté son bureau pour lui demander son soutien dans l'introduction d'une résolution (S.Res.84) appelant à la reconnaissance du suicide comme un problème national justifiant une réponse nationale et appelant à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Cette résolution a été adoptée à l'unanimité le jour de son introduction, ayant été approuvée par les 100 sénateurs des États-Unis, et a marqué le début du mouvement actuel de lutte contre le suicide en tant que l'une des principales causes de décès dans le pays. En 1998, une réunion nationale s'est tenue à Reno, dans le Nevada, qui a rassemblé des survivants du suicide, des universitaires, des décideurs, des cliniciens et d'autres personnes pour jeter les bases de notre première stratégie nationale de prévention du suicide. Après un premier appel à l'action publié en 1999, la première stratégie a été publiée en 2001, puis révisée en 2012, et l'organe de coordination a été créé en 2010. Comme l'a dit Margaret Mead, «ne doutez jamais qu'un petit groupe de citoyens réfléchis et engagés puisse changer le monde ; en fait, c'est la seule chose qui l'ait jamais fait». Ce sont les champions du genre du sénateur Harry Reid, de Jerry et Elsie Weyrauch et du sénateur et de Mme Gordon Smith qui ont levé le voile du secret sur le suicide et incité une nation à prendre des mesures essentielles pour s'engager à relever ce défi de santé publique. Grâce à leurs efforts inlassables et à leur service désintéressé, il existe désormais une stratégie nationale de prévention du suicide, un organisme de coordination chargé de superviser sa mise en œuvre, un centre national de ressources pour la prévention du suicide, une permanence téléphonique nationale, une infrastructure pour lutter contre le suicide dans tout le pays et des subventions sont distribuées pour aider les communautés à lutter contre le suicide dans leurs localités. On se souviendra toujours de ces personnes pour leurs efforts mobilisateurs, nés de la perte de leurs proches, pour faire en sorte qu'un pays réponde au défi sanitaire que constitue le suicide.

²⁵ Malheureusement, l'impact de la tragédie a entraîné un changement dans la prévention du suicide. Garrett Lee Smith, fils du sénateur Gordon et de Sharon Smith, s'est suicidé en 2003, ce qui a conduit à l'adoption de la *Garrett Lee Smith Memorial Act*.



Encadré 19. Transformer le chagrin en action contre le suicide, Irak

Certains disent que le temps guérit toutes les blessures. Nous pensons que c'est à la fois le temps et l'action qui nous aident à guérir après une perte. En plein cœur de la douleur que nous avons éprouvée à la suite du suicide de notre fils cadet Taba, nous avons commencé à tendre la main à d'autres survivants - des personnes qui, comme nous, souffrent de la perte d'un être cher par suicide. Nous nous sommes efforcés de leur apporter le peu de soutien que nous pouvions leur offrir afin de les guider dans leur parcours de deuil et leurs efforts pour lutter contre la stigmatisation sociale, tout en leur rappelant qu'ils n'étaient pas seuls.

La mort de Taba nous a complètement transformés. Nous nous sommes rendus compte qu'en partageant notre propre expérience, nous pouvions aider ceux qui avaient vécu une perte similaire à la nôtre en leur montrant qu'ils n'étaient pas seuls ou abandonnés. À la faveur de recherches et de réflexions, nous avons rapidement appris que, contrairement au discours local, le suicide est en fait évitable. Faute de structures gouvernementales spécialisées et d'ONG se consacrant à la prévention systématique du suicide et au soutien des survivants, nous avons décidé de passer à l'action en créant Azhee.

Quelques mois après la reconnaissance officielle d'Azhee en tant qu'ONG à but non lucratif en 2019, avec le soutien de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), nous avons organisé une conférence nationale qui a coïncidé avec la Journée mondiale de prévention du suicide à laquelle ont participé une centaine de survivants du suicide, des universitaires, des ONG nationales et internationales, des diplomates, des représentants du gouvernement et des agences des Nations Unies. La conférence a atteint son objectif, à savoir attirer l'attention des médias et des universitaires sur le problème du suicide et sur l'urgence qu'il y a à mettre en place des interventions pour le prévenir. Au cours de l'événement, nous avons réaffirmé l'importance de la finalisation d'un projet de stratégie nationale de prévention du suicide, dont le besoin se fait cruellement sentir, mais qui a été mis en veilleuse.

À l'occasion de la Journée mondiale de prévention du suicide de cette année, nous avons tenu un atelier en mode virtuel pour lancer le processus de révision visant à finaliser le projet de stratégie, lequel sera soumis à l'approbation du gouvernement. Prenant appui sur les avancées réalisées grâce aux efforts d'Azhee, le Secrétariat du Conseil des ministres irakien et l'OIM ont accueilli conjointement Azhee et des représentants ministériels de haut niveau lors d'une conférence de deux jours à Bagdad en novembre 2019 afin de consolider nos efforts en vue de finaliser la stratégie de prévention du suicide. Bien que nous ayons accompli des progrès depuis notre création, nous continuons à faire face à des défis tels que la stigmatisation aux niveaux personnel et communautaire, et le manque de fonds au niveau organisationnel. Nous restons déterminés à les surmonter dans les années à venir.

L'histoire de notre fils a pris fin, mais pas la nôtre. Nous avons fondé Azhee (qui signifie «il/elle vit» en kurde) parce qu'il s'agit pour nous de célébrer la vie des êtres chers que nous avons perdus à cause du suicide et d'honorer le temps qu'ils ont passé avec nous. Nous voulons que les autres apprécient et chérissent leur vie, qu'ils vivent dans le bonheur et qu'ils mettent à profit le temps qu'ils passent sur cette planète pour leur bien et celui des autres. En tant que fondateurs d'Azhee²⁶, nous plaidons, au nom de notre amour pour Taba et d'innombrables autres personnes, pour que notre société comprenne et reconnaisse davantage l'importance de la santé mentale.

COMMENT ?

1. Réunissez un groupe de travail (voir [Encadré 1 Introduction](#))

- Créez le groupe (voir [sous la section Qui? ci-dessus](#))
- Veillez à ce que les parties prenantes (voir [l'annexe 1 pour une liste des secteurs et des parties prenante](#)) soient impliquées tout au long du processus de planification et de mise en œuvre, car elles et leurs partenaires seront essentiels aux efforts de diffusion.

2. Décrivez de l'objectif

- Examinez les objectifs et voyez s'ils concourent à d'autres interventions et piliers de LIVE LIFE. Il peut s'agir, par exemple, d'attirer l'attention sur le suicide en tant que problème grave de santé publique, de faire connaître les services de soutien disponibles ou de réclamer des ressources pour des interventions spécifiques de prévention du suicide.

²⁶ See: www.azhee.org, consulté le 28 janvier 2021.



- Décidez du public cible Pour la sensibilisation, exploitez une analyse de situation disponible ou une source d'information connexe pour identifier les groupes cibles prioritaires (c'est-à-dire ceux qui présentent des taux de suicide disproportionnés ou un faible recours à l'aide). En ce qui concerne le plaidoyer, il faut envisager le décideur ou bailleur de fonds approprié qui permettra d'atteindre l'objectif du plaidoyer. Les communications sont plus efficaces lorsqu'elles visent des publics spécifiques (par exemple, les décideurs politiques, les adolescents). Lorsque les communautés ont des opinions très tranchées sur le suicide, il est important d'organiser des discussions avec les principales parties prenantes afin de maintenir les partenariats avant d'engager des actions.
- Décidez du calendrier de mise en œuvre. Parmi les options possibles, citons une initiative continue, une campagne, un mois désigné de sensibilisation nationale, une journée désignée de sensibilisation mondiale ou d'autres dates importantes (par exemple, des périodes de grand stress comme les examens scolaires ou universitaires). Assurez-vous que les objectifs peuvent être atteints dans les délais fixés.
- Examinez si les objectifs peuvent être atteints au regard des ressources disponibles. Examinez si les efforts et les ressources peuvent être intégrés dans des actions de sensibilisation à d'autres problèmes de santé publique.
- Décidez des modalités d'évaluation de l'impact et de communication y afférente.
- Un mécanisme de suivi et d'évaluation de l'impact de la sensibilisation ou du plaidoyer doit être prévu à l'avance (voir [le point 5 ci-dessous et également Suivi et évaluation](#)).

3. Décidez des méthodes de diffusion et des messages concernant l'activité ou les communications.

- Évaluez la méthode de diffusion qui : 1) répondra aux objectifs ; 2) sera adaptée au public cible ; et 3) assurera un impact et une couverture suffisants pour l'effort d'investissement.
- Veillez à ce que le contenu de l'information soit fondé sur des données probantes.²⁷
- Adaptez les méthodes et les messages au public cible. Tenez compte des groupes d'âge (par exemple, les adolescents peuvent préférer des méthodes de

communication différentes de celles des autres groupes d'âge), du sexe (par exemple, adapter le langage ou les images), de la composition sociodémographique d'une communauté (par exemple, messages dans les langues prédominantes ; images et langage représentant la communauté, par exemple en termes d'ethnicité, de statut de migrant, de religion) ; du niveau d'alphabétisation de la population (par exemple, messages verbaux ou basés sur des images) ; du contexte (par exemple, la radio ou les événements communautaires peuvent être préférables lorsqu'il n'y a pas d'accès à Internet).

- Prévoyez plusieurs méthodes de diffusion et plusieurs messages, en particulier pour les populations ayant des origines socioculturelles différentes.

4. Vérifiez l'acceptabilité, la compréhensibilité et la faisabilité des méthodes de diffusion et des messages.

- Échangez avec les parties prenantes concernées pour tester l'acceptabilité et l'impact potentiel de l'initiative auprès d'un petit échantillon du public cible.
- Il peut également s'agir de déterminer si le plaidoyer visant les décideurs sera acceptable et aura l'impact voulu.
- Révissez, si nécessaire, et préparez les parties prenantes à la phase de diffusion.

5. Menez l'initiative et évaluez son efficacité (voir également Suivi et évaluation)

- Réfléchissez à la manière de vérifier si la sensibilisation a été réussie. Pensez aux objectifs. Si cela est faisable, réalisez une enquête de base pour déterminer les connaissances, les attitudes et les comportements du public cible avant de mener des actions de sensibilisation.
- Mettez à profit les leçons apprises pour éclairer les changements à apporter à la prochaine initiative.
- Un rapport d'évaluation de l'initiative doit être distribué à toutes les parties prenantes et aux décideurs qui y ont été associés. Un tel rapport peut servir d'outil de plaidoyer en soulignant l'impact de la sensibilisation.

²⁷ Voir, par exemple, la fiche d'information de l'OMS à l'adresse suivante: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, consulté le 1er janvier 2021).



CONSEILS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 4. Conseils pour la mise en œuvre : sensibilisation et plaidoyer dans le cadre de LIVE LIFE

Problèmes	Conseils
Manque de temps pour la planification.	<ul style="list-style-type: none">• Réduisez le nombre d'activités et de messages de façon à ce qu'ils puissent être raisonnablement intégrés dans le calendrier. Gardez les idées pour une autre date de diffusion.• Hiérarchisez les messages en fonction du groupe cible et du calendrier.• Utilisez des objectifs SMART²⁸ pour planifier.
Inquiétudes quant à la façon d'aborder la question du suicide dans des contextes où prévalent la stigmatisation et/ou le manque de services d'aide.	<ul style="list-style-type: none">• La sensibilisation doit aborder la question de la stigmatisation. Les personnes qui ont besoin d'un soutien doivent pouvoir en bénéficier.• Associez le public à la création de contenus relatifs à la sensibilisation. Par exemple, créez un concours en ligne/local, invitant les gens à faire part de la manière dont ils prennent soin de leur santé mentale.²⁹
La modicité du financement et/ou des ressources, qui a une incidence sur la couverture et les activités.	<ul style="list-style-type: none">• S'il n'est pas possible d'obtenir un financement supplémentaire, efforcez-vous de travailler dans les limites du budget disponible.• Réduisez la couverture géographique et le nombre d'activités.• Donnez la priorité à une seule population cible (afin de réduire les exigences liées à la multiplicité des méthodes de diffusion et à l'élaboration de multiples adaptations des messages).• Classez par ordre de priorité les méthodes de diffusion qui seront les plus efficaces et qui auront l'impact voulu par rapport à l'objectif visé.• Examinez si les ressources peuvent être mises en commun avec les parties prenantes ou si la sensibilisation à la prévention du suicide peut être intégrée dans des campagnes connexes (par exemple, pour la santé mentale).• Envisagez de tirer parti d'autres initiatives ou de vous associer à des parties prenantes au niveau local pour ajouter des messages de prévention du suicide à leurs événements et célébrations.• Prenez contact avec les médias qui pourraient faire don d'espaces publicitaires vides qu'ils ont voulu voir occupés.• Le fait de communiquer l'évaluation d'une seule campagne à des bailleurs de fonds potentiels peut contribuer à garantir des ressources financières futures.
Absence de résultats clairs	<ul style="list-style-type: none">• Les initiatives doivent avoir un objectif clair et comporter un appel à l'action, comme la mise en relation des personnes avec des services de soutien plutôt que la sensibilisation au problème du suicide dans sa globalité.

²⁸ Les objectifs SMART sont des objectifs spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et assortis de délais.

²⁹ Voir The Campaign to Change Direction at: <https://www.changedirection.org/a-week-to-change-direction/>, consulté le 28 janvier 2021.



© WHO / Colin Cosier



RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

QUOI ?

Le renforcement des capacités en matière de prévention du suicide s'adresse stratégiquement à toute personne chargée de la mise en œuvre des piliers ou des interventions de LIVE LIFE. (voir tableau 5). Cela passe par une formation visant à améliorer les connaissances et les compétences des personnes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé.

Tableau 5. Exemples d'actions de renforcement des capacités pour les interventions et les piliers de LIVE LIFE

Interventions et piliers LIVE LIFE	Exemples d'actions de renforcement des capacités
Analyse de situation	Personnes identifiées pour cette tâche (dans l'étude documentaire, les entretiens, l'interprétation des analyses quantitatives et qualitatives)
Collaboration multisectorielle	Parties prenantes (dans la création de partenariats, le leadership)
Sensibilisation et plaidoyer	Personnes identifiées avec ces tâches (dans les compétences de communication)
Financement	Personne identifiée (pour la rédaction d'une proposition ou d'un budget de financement).
Surveillance, suivi, évaluation	Collecteurs de données, gestionnaires de données, personnel médico-légal, médecins légistes. Capacity-building to increase and strengthen research in low- and middle-income countries (Chibanda et al., 2020)
Limitez l'accès aux moyens de suicide	Registres et régulateurs de pesticides ; législateurs dans le domaine du contrôle des armes à feu ; juges ; architectes.
Interagissez avec les médias pour une diffusion d'information responsable.	Professionnels des médias (par exemple, journalistes, cinéastes, personnes travaillant sur scène et à l'écran)
Étudiants des métiers des médias	Health workers, education providers or facilitators (to deliver socioemotional skills programmes in schools)
Favoriser l'acquisition de compétences socio-émotionnelles chez les adolescents.	Professionnels de la santé, prestataires de services éducatifs ou animateurs (pour dispenser des programmes de compétences socio-émotionnelles dans les écoles).
Identification précoce, évaluation, gestion et suivi	Professionnels de la santé (également pour la prise en charge clinique de l'ingestion aiguë de pesticides, le cas échéant) ; les aiguilleurs de la communauté.



POURQUOI ?

Le renforcement des capacités est important, en ce qu'il permet aux gens d'acquérir, d'améliorer et de préserver les aptitudes et les connaissances nécessaires pour faire leur travail avec compétence. Les services de santé sont souvent le point d'entrée des personnes en détresse, où la prise en charge et le suivi des soins sont assurés. La couverture sanitaire universelle suppose que tous les citoyens aient accès aux services de santé dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin, sans avoir à assumer de difficultés financières.³⁰ Étant donné que de nombreuses personnes ne bénéficient pas d'un accès suffisant aux soins de santé (OMS, 2018b), il est également important de renforcer les capacités des aiguilleurs locaux, dont la connaissance de la communauté et la proximité avec celle-ci leur permet d'identifier les personnes à risque et de mobiliser du soutien.

Encadré 20. Déploiement à grande échelle de la formation multisectorielle des aiguilleurs, Malaisie

Le leadership du gouvernement, les partenariats—locaux et internationaux entre les secteurs public et privé, ainsi que les bénévoles des ONG et des groupes de défense des patients ont contribué, au cours de la dernière décennie, au déploiement à grande échelle de la formation des aiguilleurs pour la prévention du suicide parmi les travailleurs de la santé de première ligne, les éducateurs et le grand public aux niveaux régional et national en Malaisie. La base de données probantes s'étoffe progressivement en termes d'amélioration de la sensibilisation à la prévention du suicide sur le court terme. (Siau et al., 2018). Il faudra poursuivre les travaux afin d'instaurer et d'évaluer des modèles durables de formation des aiguilleurs pour le renforcement des capacités à plus long terme de populations spécifiques au sein de la communauté.

OÙ ?

Le renforcement des capacités peut être coordonné au niveau national (par exemple, la formation du personnel national de la santé, de l'éducation et de la police) ou mené au sein de la communauté (par exemple, une formation coordonnée par un organisme local à l'intention de parties prenantes communautaires spécifiques). La formation peut être dispensée en présentiel ou en ligne - en utilisant, par exemple, des cours d'apprentissage en ligne sur la prévention du suicide qui sont disponibles sur le campus virtuel de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)^{31 32} ou l'application e-mhGAP de l'OMS pour les agents de santé non spécialisés dans l'évaluation et la prise en charge de l'automutilation/du suicide.³³

QUAND ?

Ce travail doit être mené de manière continue tout au long de la mise en œuvre de LIVE LIFE. Il peut y avoir des moments stratégiques pour mener des actions de renforcement des capacités, par exemple en incluant la prévention du suicide dans la formation initiale ou continue des professionnels de la santé, qui est régulièrement revue pendant la durée de leur emploi. Le renforcement des capacités peut également être déclenché lorsque des problèmes surviennent, tels que des taux élevés de suicide dans un secteur professionnel particulier (comme la construction) ou la stigmatisation dans le secteur judiciaire.

Avant de commencer les initiatives, un parcours de soins pour une prise en charge et un suivi continu doit être établi (voir [Identification précoce, évaluation, prise en charge et suivi de toute personne affectée par des comportements suicidaires](#)). Le renforcement des capacités doit être durable et non pas faire l'objet d'une formation ponctuelle après laquelle les effets de la formation peuvent perdre de leur force. Les modèles qui favorisent la durabilité sont: le modèle de formation des formateurs, la supervision des agents de santé ou la planification de formations qui sont régulièrement répétées dans la communauté.

³⁰ Couverture sanitaire universelle. Genève: Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1, consulté le 17 février 2021).

³¹ Preventing self-harm/suicide: empowering primary health care providers. Washington, DC: Organisation panaméricaine de la Santé (<https://www.campusvirtualsp.org/en/course/preventing-self-harmsuicide-empowering-phc-providers>, consulté le 28 janvier 2021).

³² Engaging communities in preventing suicide. Washington, DC: Organisation panaméricaine de la Santé (<https://www.campusvirtualsp.org/en/course/virtual-course-engaging-communities-preventing-suicide-2020?language=es>, consulté le 28 janvier 2021).

³³ Voir mhGAP-IG 2.0 App (e-mhGAP) (<https://apps.apple.com/gb/app/mhgap-ig-2-0-app-e-mhgap/id1291414206>, consulté le 28 janvier 2021).



Encadré 21. Renforcement des capacités à l'intention des magistrats, Ghana

Au Ghana, la nécessité de former les magistrats s'est fait sentir lorsque les médias ont souligné que les tribunaux punissaient les survivants de tentatives de suicide. En réponse à cette situation, le Centre for Suicide and Violence Research (Centre de recherche sur le suicide et la violence - CSVR) a organisé des réunions de parties prenantes pour discuter de la nécessité d'étendre la sensibilisation et les connaissances sur le suicide au personnel du système judiciaire et des services de sécurité connexes. Afin d'encourager l'implication du corps judiciaire, le CSVR s'est associé à l'Autorité de santé mentale du Ghana pour planifier un programme de formation. Un lien personnel a facilité l'accès et l'adhésion des services judiciaires, qui ont ensuite rejoint les discussions de planification. Les dispositions logistiques de la formation ont été prises en suivant une démarche collaborative. Le contenu de la formation portait entre autres sur des enseignements relatifs au suicide, les signes d'alerte, la stigmatisation et la nécessité de décriminaliser la tentative de suicide.

QUI ?

Il convient de se poser la question des parties prenantes du renforcement des capacités en termes de : 1) personnes chargées d'élaborer et/ou de dispenser la formation pour le renforcement des capacités ; et 2) bénéficiaires de la formation.

Par exemple, le renforcement des capacités en matière d'identification, d'évaluation, de prise en charge et de suivi

précoces peut être destiné :

- aux professionnels de la santé, y compris les spécialistes de la santé mentale et les non-spécialistes (tels que les urgentistes, les médecins généralistes, les infirmiers, les agents de santé communautaire ou les travailleurs sociaux) ;
- aux agents des services d'urgence (tels que la police, les pompiers, les ambulanciers ou le personnel de la ligne d'écoute téléphonique) ;

- aux personnes qui travaillent avec :
 - » les jeunes (par exemple les éducateurs, les animateurs de jeunes) ;
 - » les personnes âgées (par exemple, le personnel de soins dans les maisons de retraite, le personnel du service des pensions) ;
 - » le système judiciaire (par exemple, les agents des prisons ou des établissements pénitentiaires, les magistrats) ;
 - » les bénéficiaires de l'aide sociale ;
 - » les personnes sur les lieux de travail (par exemple, les groupes professionnels présentant des taux de suicide élevés) ;
- d'autres aiguilleurs de la communauté (personnes susceptibles d'entrer en contact avec des personnes à risque, ou ayant une influence dans la communauté (voir [l'annexe 1 pour une liste des secteurs et des parties prenantes](#)). Parmi les exemples exceptionnels, citons
 - » Les reines-mères au Ghana qui ont une grande influence sur la communauté ;
 - » les agents des transports publics au Royaume-Uni pour ce qui est d'identifier les personnes à risque à proximité des sites où se produisent les sauts ;³⁴
 - » les chauffeurs de taxi en Irlande qui peuvent passer devant les sites où se produisent les sauts ;
 - » le personnel administratif de la santé en Écosse, qui est souvent le premier point de contact des patients ;
 - » les coiffeurs au Royaume-Uni, qui ont l'occasion de parler à leurs clients, en particulier les hommes ;
 - » les barmans aux États-Unis qui sont susceptibles d'entrer en contact avec des hommes à risque.³⁵
 - » les agents financiers et les agents de recouvrement aux Pays-Bas, qui sont susceptibles de rencontrer des personnes ayant des problèmes financiers.

COMMENT ?

1. Réunissez un groupe de travail (voir [Encadré 1, Introduction](#))

- Créez le groupe (voir Qui? plus haut et [annexe 1 pour la liste des secteurs et parties prenantes](#)). Le renforcement des capacités est susceptible d'impliquer une collaboration entre le secteur de la santé, les autorités locales et les parties prenantes communautaires.

³⁴ Suicide prevention on the railway. London: NetworkRail (<https://www.networkrail.co.uk/communities/safety-in-the-community/suicide-prevention-on-the-railway/>, consulté le 28 janvier 2021).

³⁵ Bartenders as gatekeepers. Ventura County (CA): NotAlone (<https://www.notalonevc.org/bartenders-as-gatekeepers/>, consulté le 28 janvier 2021).



- Déterminez dans quels domaines il est nécessaire de renforcer les capacités et quel sera l'objectif du renforcement des capacités. Dans les contextes où les ressources sont modiques, réfléchissez au lieu où la formation à la prévention du suicide aura le plus d'impact. Les besoins en matière de renforcement des capacités doivent être identifiés en collaboration avec les parties prenantes. L'analyse de la situation peut avoir révélé des lacunes dans les capacités et les besoins de formation.
- Déterminez qui élaborera/dispensera la formation. La formation doit être élaborée/dispensée par des personnes ayant une expertise en matière de prévention du suicide et maîtrisant les méthodes de formation.
- Déterminez comment la formation sera dispensée. Il peut s'agir d'une formation en présentiel ou en mode virtuel, ou encore dispensée par des méthodes numériques telles que la vidéoconférence en ligne.
- Planifiez pour assurer la continuité et la pérennité de la formation. Pour ce qui est des professionnels de la santé, une supervision continue est importante ; pour les intervenants qui n'ont pas besoin d'une supervision clinique continue, prévoyez la récurrence de la formation et des sessions de remise à niveau. Réfléchissez à la possibilité d'utiliser un modèle de formation des formateurs.
- Envisagez d'intégrer le renforcement des capacités en matière de prévention du suicide dans les programmes d'enseignement professionnel.

2. Élaborez ou sélectionnez et adaptez un module de formation

- Pour les agents de santé non spécialisés et les agents de santé communautaires, le module automutilation/suicide du guide d'intervention mhGAP de l'OMS (OMS, 2019b) et les supports de formation connexes peuvent être utilisés.³⁶
- En ce qui concerne les aiguilleurs, la formation doit être fondée sur des données probantes et adaptée à leurs besoins. La sensibilisation et la réduction de la stigmatisation devraient être intégrées dans toutes les activités de renforcement des capacités en matière de prévention du suicide. La formation doit permettre de s'assurer que les aiguilleurs savent ce qu'il faut faire lorsqu'un risque est identifié (par exemple, l'orientation vers les services appropriés).
- La formation doit donner aux stagiaires l'occasion de mettre en pratique les aptitudes acquises (par exemple,

par le biais de jeux de rôle). Après la formation, des systèmes permanents de supervision et de recyclage doivent être mis en place pour faciliter l'apprentissage continu et les occasions de discuter des problèmes qui se sont posés.

- Il peut s'avérer nécessaire d'adapter le contenu de la formation pour qu'elle soit dispensée dans un nouveau contexte. Les concepteurs de la formation peuvent vous conseiller sur la meilleure façon de procéder aux adaptations sans nuire à l'efficacité.

3. Formez les effectifs et assurez une supervision continue ou planifiez une formation de remise à niveau

- La supervision doit être considérée comme une composante essentielle de la formation afin de garantir un changement durable, en particulier pour les professionnels de la santé.
- Des séances de supervision régulières doivent être prévues pour renforcer le transfert des connaissances vers la pratique et pour donner aux stagiaires l'occasion de résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés.
- Prévoyez une formation de remise à niveau pour les aiguilleurs ou d'autres personnes extérieures au secteur de la santé.

4. Évaluez la formation

- Prévoyez à l'avance la manière dont les programmes de formation seront suivis et évalués (voir [Suivi et évaluation](#)).



© WHO / Hery Razafindralambo

³⁶ Manuels de formation mhGAP. Genève: Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/, consulté le 28 janvier 2021).



- Pour les formations visant à renforcer les capacités, évaluez la compétence des stagiaires, c'est-à-dire leur capacité à appliquer les connaissances et les aptitudes acquises. Dans le cas des prestataires non spécialistes des interventions psychosociales, l'outil d'évaluation ENACT (Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors - Améliorer l'évaluation des facteurs thérapeutiques communs) peut être utilisé. Une version numérique d'ENACT est disponible (en plusieurs langues) sur la plateforme Equip de l'OMS.³⁷
- Évaluez la confiance et les expériences qualitatives des stagiaires et des formateurs. Il ne suffit pas simplement de rendre compte du nombre de personnes ayant bénéficié d'une formation, car cela n'indique pas si les stagiaires ont acquis des aptitudes ou des connaissances, ou s'ils ont modifié leur comportement.
- Pour évaluer l'impact de la formation sur le travail de routine des stagiaires, les indicateurs peuvent inclure le nombre de contacts avec les personnes à risque et le nombre de personnes orientées vers les services appropriés.
- Vous devez faire le suivi de la proportion et de la répartition des agents de santé qui ont été formés et qui répondent aux exigences en matière de compétences. Visez à élargir la couverture de la formation.

Encadré 22. Renforcer les capacités du personnel de santé pour la prévention du suicide, Guyane

Confronté à l'un des taux de suicide les plus élevés au monde, le gouvernement guyanais a fait de la prévention du suicide une priorité. Avec l'appui technique de l'OPS/OMS, le plan d'action national pour la santé mentale 2015–2020 et le plan national de prévention du suicide 2015–2020 ont été élaborés et publiés en 2014. En mai 2016, le ministère de la santé publique a créé l'unité de santé mentale chargée de piloter la mise en œuvre des deux plans et d'organiser la prestation des services de santé mentale. L'une des quatre axes stratégiques du plan porte sur les modalités de réponse du système de santé aux comportements suicidaires.

Mis au point par l'OMS et destiné aux pays à revenu faible ou intermédiaire, le Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP) vise à développer les services destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et de toxicomanie. Le module mhGAP sur le suicide et l'automutilation vise à former les agents de santé généralistes - tels que ceux des soins primaires - à l'identification et à la prise en charge du risque de suicide et à la fourniture de soins de suivi appropriés. En 2015, l'unité de santé mentale de l'OPS/OMS a mis en œuvre le cours en ligne «Intégration de la santé mentale dans les soins primaires» basé sur le guide d'intervention mhGAP, en utilisant la plateforme Campus virtuel pour la santé publique de l'OPS. Sept médecins de Guyane ont suivi avec succès le premier cours en ligne. L'un des participants à la formation mhGAP a déclaré être «mieux à même de prendre en charge la dépression, en utilisant non seulement les médicaments mais aussi la psychoéducation». Il s'agissait notamment d'identifier et de comprendre les tensions que subissaient ses patients et d'explorer leur système de soutien social. Depuis lors, plus de 300 professionnels de la santé ont été formés à l'évaluation, à la prise en charge et au suivi des troubles mentaux courants et des cas de suicide ou d'automutilation. Plus de 100 de ces professionnels de la santé sont des médecins qui travaillent dans le domaine des soins de santé primaires. En outre, 70 personnes ont également été formées au module sur l'usage de substances psychoactives, car l'alcool et la toxicomanie sont des facteurs de risque majeurs de suicide en Guyane. Par ailleurs, les enseignants sont formés à reconnaître les problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents et à les orienter vers les services appropriés. Parmi les prochaines aspirations de la Guyane en matière de formation des aiguilleurs, figure la mise en place d'un programme visant à impliquer les personnes n'appartenant pas au secteur de la santé dans la prévention du suicide.

³⁷ EQUIP: Garantir la qualité du soutien psychologique. Genève: Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/mental_health/emergencies/equip/en/, consulté le 28 janvier 2020).



Encadré 23. Renforcement des capacités pour la prévention du suicide sur le lieu de travail, Australie

Le programme MATES in Construction (MATES) a été conçu dans le Queensland (Australie) en 2007. Le programme a été mis en place avec un capital d'amorçage provenant du Building Employees Redundancy Trust (BERT), un fonds de prestations en faveur des employés appartenant conjointement à des associations patronales et à des syndicats d'employés du secteur de la construction. La décision de mettre en place un programme de prévention du suicide dans ce secteur a été prise à la suite d'un rapport d'un centre collaborateur de l'OMS à Brisbane - l'Institut australien de recherche et de prévention du suicide - qui a mis en évidence des taux de suicide nettement plus élevés parmi les travailleurs du secteur du bâtiment du Queensland. (Heller, Hawgood & De Leo, 2007).

MATES a été créé en tant qu'organisation caritative indépendante du secteur du bâtiment dans le but de réduire le nombre de suicides parmi les travailleurs du secteur. MATES est un programme multimodal (Gullestrup, Lequertier et Martin, 2011) basé sur quatre principes :

- la sensibilisation des travailleurs ;
- le renforcement de la résilience sur le lieu de travail ;
- la mise en relation des travailleurs avec les structures d'aide et de soutien; et
- l'information des milieux professionnels des meilleures pratiques en matière de partenariats avec les chercheurs.

Le programme MATES est basé sur un modèle de développement communautaire et d'amélioration continue. MATES ne fournit pas de services cliniques mais cherche à mettre les travailleurs en relation avec les ressources appropriées au bon moment. Les piliers du programme MATES sur site en matière de renforcement des capacités sont les suivants :

- Formation générale à la sensibilisation (GAT) – un programme d'une heure conçu pour susciter l'intérêt des travailleurs pour la prévention du suicide et dispensé à tous les travailleurs sur le site. Un autocollant blanc à apposer sur le casque de sécurité est fourni aux travailleurs.
- Connecteurs - un programme de quatre heures qui forme les travailleurs à mettre leurs collègues en relation avec les structures de soutien. Le programme est dispensé aux volontaires sur le site. Les connecteurs sont reconnus par un autocollant vert apposé sur leurs casques.
- Travailleurs ASIST – un programme de 16 heures formant les travailleurs sur le site à intervenir lorsqu'un collègue présente un risque de suicide. Les travailleurs clés sont formés en tant que travailleurs ASIST qui sont reconnus par un autocollant bleu apposé sur leurs casques.
- Agrément du site - les sites qui satisfont aux exigences minimales en matière de formation reçoivent un agrément.

En outre, les principaux piliers du programme sont les suivants: 1) la promotion de supports d'information sur les sites pour permettre les échanges (par exemple, lors de la Journée mondiale de la prévention du suicide) ; 2) la présence d'agents sur le terrain pour soutenir le réseau de bénévoles ; 3) la présence de bénévoles sur le site qui informent la direction sur le site au sujet de la santé mentale et du risque de suicide ; 4) la prise en charge des cas ; 5) un service d'assistance téléphonique disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ; et 6) la promotion de politiques nationales telles que l'Australian Building and Construction Industry Blueprint for Better Mental Health and Suicide Prevention (Plan d'action de l'industrie du bâtiment et de la construction pour une meilleure santé mentale et la prévention du suicide), qui est un cadre pour une meilleure santé mentale approuvé par tous les principaux syndicats et associations patronales du secteur de la construction en Australie.



Plus de 220 000 travailleurs ont bénéficié des activités de MATES en Australie. Plus de 18 000 connecteurs et 2500 travailleurs ASIST sont présents sur plus de 1000 chantiers en Australie. Le programme reçoit environ 30 % de son financement du gouvernement et 70 % des acteurs du secteur. Ce programme est accessible gratuitement aux employeurs et aux travailleurs du secteur de la construction. Le programme s'est avéré d'une grande utilité sociale dans le secteur de la construction, en ce qu'il a permis d'améliorer les compétences en matière d'offre et de demande d'aide, et de réduire la stigmatisation. Une évaluation économique de la santé a démontré un retour sur investissement de 4,60 dollars australiens par dollar australien investi, principalement au profit du gouvernement (Doran et al., 2016).





CONSEILS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 6. Conseils pour la mise en œuvre du renforcement des capacités

Problèmes courants	Conseils
Financement	<ul style="list-style-type: none">• Utilisez les programmes de formation existants, fondés sur des données probantes et disponibles gratuitement, comme le mhGAP de l'OMS. (OMS, 2019b).• Insistez auprès des décideurs sur le fait que le renforcement des capacités est bénéfique dans les situations où les ressources sont limitées, car il permet d'améliorer les compétences des effectifs existants.• Intégrez la prévention du suicide dans d'autres programmes de formation existants (par exemple, la gestion des cas de violence sexuelle ou la formation initiale et continue des professionnels de la santé).
Ressources humaines limitées et/ou grande portée géographique.	<ul style="list-style-type: none">• Faites recours à un modèle de formation des formateurs afin d'accroître les ressources humaines disponibles pour dispenser la formation.• Les formateurs potentiels peuvent être sélectionnés de manière stratégique, par exemple ceux qui travaillent dans des zones géographiques à haut risque ou ceux qui sont capables de renforcer les capacités dans des zones rurales ou d'accès difficile.
Les professionnels de la santé peuvent ne pas être préparés ou compétents pour identifier et prendre en charge les comportements suicidaires. En outre, la qualité des soins fournis peut être inadéquate et manquer de cohérence.	<ul style="list-style-type: none">• Formez des professionnels de la santé spécialisés et non spécialisés à l'évaluation, à la prise en charge et au suivi des comportements suicidaires et des troubles mentaux, neurologiques et de la toxicomanie, et veillez à ce que ces professionnels répondent aux exigences en matière de compétences.• Le fait d'associer les professionnels de la santé à l'adaptation de la formation au contexte local peut renforcer la motivation et l'efficacité de la formation.• Tâchez de comprendre les facteurs spécifiques au contexte qui entravent la prise en charge des comportements suicidaires, ce qui permettra de modifier la formation afin que le personnel soit préparé à surmonter ces difficultés.
La stigmatisation ou le statut du suicide au regard de la loi peuvent susciter chez les stagiaires une certaine réticence à participer.	<ul style="list-style-type: none">• Le renforcement des capacités doit s'accompagner d'actions de sensibilisation (voir Sensibilisation et plaidoyer). Lors de la planification des programmes de formation, il est important de responsabiliser et de faire participer les communautés aux discussions sur la prévention du suicide.
Le contenu de la formation des aiguilleurs ne correspond pas toujours à leur niveau d'expertise ou à leur disposition à changer.	<ul style="list-style-type: none">• Veillez à ce que la formation soit adaptée aux destinataires et prolongez les sections d'introduction de la formation pour renforcer les connaissances sur le suicide et sa prévention.• Veillez à ce que la formation soit adaptée au contexte socioculturel.• Incluez des activités interactives pour aborder la question de la disposition à changer ou à modifier les croyances sur le suicide.• Incluez des exercices expérimentaux, tels que des jeux de rôle, afin que les stagiaires se sentent en confiance pour répondre à toute une série de situations.• Après la formation, assurez-vous que les stagiaires se sentent suffisamment soutenus grâce à la supervision dont ils font l'objet.



© WHO/Yoshi Shimizu



FINANCEMENT

QUOI ?

l'allocation de ressources. Le financement peut provenir de diverses sources publiques et privées, telles que des fonds publics ou des dons philanthropiques octroyés par des particuliers, des fondations, des groupes communautaires ou des entreprises.

POURQUOI ?

Hélas les financements dédiés à la prévention du suicide sont rares. Des facteurs tels que la morosité économique, le peu de priorité accordée au suicide en tant que problème grave de santé publique et la méconnaissance du caractère évitable des suicides amènent à penser que le financement d'autres problèmes est plus important pour la société (voir [Sensibilisation et plaidoyer](#)). Loin de se décourager, il convient au contraire d'adopter une approche axée sur les solutions en adaptant les activités de prévention du suicide aux réalités de la situation en matière de financement. Cela pourrait signifier adopter une approche intégrée (avec la santé mentale ou d'autres secteurs) pour être éligible à un financement multisectoriel et augmenter la probabilité d'obtenir des fonds. Il pourrait également s'agir de concentrer les efforts sur des interventions offrant un bon rapport coût-avantage et dont la portée es maximale, comme l'interdiction au niveau national de pesticides très dangereux. (Lee et al., 2020). En outre, le financement doit être conçu de manière à mettre l'accent sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et

de plans, et pas seulement sur la mise en place de services. Une telle démarche est essentielle car LIVE LIFE englobe des piliers, notamment des infrastructures et des interventions, qui font l'objet d'une politique et d'une réglementation nationales (telles que la restriction des moyens) ainsi que la mise en place de services (tels que l'identification précoce, l'évaluation, la prise en charge et le suivi).

OÙ ?

Le financement en faveur de la prévention du suicide peut être fourni pour sa mise en œuvre aux niveaux :

- *géographique* : financement au niveau national (par exemple, pour des campagnes nationales) ou au niveau local (par exemple, pour la prestation de services de santé mentale dans un district spécifique) ;
- *des parties prenantes* : financement ciblant des populations à risque spécifiques ou des secteurs ou prestataires spécifiques (tels que les écoles, le monde agricole, les aiguilleurs au sein de la communauté) ;
- *des systèmes* : financement ciblant des activités de grande envergure qui renforcent les connaissances, les capacités et les infrastructures du secteur dans son ensemble (telles que la recherche, la technologie et le renforcement des capacités).

Les approches des bailleurs de fonds peuvent également consister en une combinaison des niveaux susmentionnés, comme le financement de la recherche au niveau de l'État sur la prévention du suicide dans les écoles. En fin de compte, les responsables



de la mise en œuvre de LIVE LIFE doivent comprendre les différentes sources de financement disponibles et faire un plaidoyer auprès des bailleurs de fonds pour une convergence des valeurs mutuelles entre eux et les bailleurs de fonds.

QUAND ?

Les besoins en financement et les budgets doivent être clairement définis bien avant de parvenir à la phase de mise en œuvre d'un pilier ou d'une intervention de prévention du suicide. L'idéal serait que les responsables de la mise en œuvre élaborent d'abord des plans stratégiques de haut niveau (pour définir les objectifs et les priorités d'action), suivis de plans opérationnels détaillés (pour préciser les interventions à mener, les coûts et le processus d'obtention des fonds), de la collecte ou de l'affectation des fonds, puis de la mise en œuvre. L'absence de plans bien définis peut donner l'impression que le travail n'est pas stratégique, ce qui se traduit par des résultats mitigés dans l'obtention de fonds, qu'ils proviennent du gouvernement ou d'autres sources.

Si la collecte de fonds peut être une activité permanente, de nombreux bailleurs de fonds observent des cycles fixes pour l'octroi de dons, c'est-à-dire un laps de temps pendant lequel ils sélectionnent les bénéficiaires et versent les fonds. Pour les entreprises qui consacrent une partie de leurs bénéfices à des activités sociales, la fin de l'exercice financier est généralement l'occasion de réfléchir aux programmes auxquels elles destinent leurs fonds. Quant aux fondations, les cycles de dons peuvent varier et doivent être vérifiés sur leurs sites web. De même, chaque gouvernement a son propre cycle budgétaire. La collecte de fonds ne doit pas être un effort ponctuel ou statique. Une fois le financement initial obtenu, les responsables de la mise en œuvre peuvent profiter de cet élan pour mobiliser des fonds supplémentaires auprès d'un plus grand nombre de bailleurs de fonds. Il n'y a pas d'approche unique pour obtenir des fonds - tous les bailleurs de fonds ont leur propre processus, structure et directives qui doivent être étudiés et compris au cas par cas.

QUI ?

Le financement des piliers et des interventions de LIVE LIFE peut provenir de divers acteurs publics et privés. Les gouvernements centraux, ainsi que les gouvernements des États fédérés ou locaux, consacrent généralement une partie de leur budget à des programmes de santé mentale dont la prévention du suicide peut être une composante. Les fondations sont souvent plus enclines à

financer des projets innovants et à mettre à disposition des fonds à des conditions souples et à long terme. De nombreuses fondations familiales ou des philanthropes individuels qui concentrent leurs dons sur la prévention du suicide sont motivés par leur expérience personnelle. Le financement privé initial peut être utilisé pour démontrer l'efficacité d'une intervention innovante, sur laquelle on peut ensuite faire fond pour permettre au gouvernement d'adopter le programme et d'en étendre l'impact.

COMMENT ?

1. Définissez les budgets et articulez la nécessité du financement.

- Le comité national de pilotage, ou son équivalent, sera l'organe responsable (voir [l'encadré 1, Introduction](#)).
- Élaborez un plan opérationnel ou un plan de mise en œuvre qui met en évidence les détails des interventions à exécuter, les calendriers et les étapes du programme, ainsi que les ressources humaines et les fonds nécessaires pour mener à bien le travail. (voir [l'annexe 3](#)).
- Déterminez si les ressources financières disponibles permettront de répondre aux besoins et, si ce n'est pas le cas, quel montant doit être réuni et sur quelle période.
- Lors de la définition des budgets, faites une distinction claire entre les coûts de personnel (salaires) et les coûts de programme (voyages, équipement, etc.), en indiquant des chiffres clairs et réalistes pour chaque catégorie de coûts. Pensez également à indiquer non seulement les coûts directs du programme, mais aussi les coûts indirects ou les frais généraux (eau, électricité, gaz, loyer, etc.), le cas échéant.

2. Effectuez des recherches sur le paysage des bailleurs de fonds

- Cherchez à savoir quel secteur gouvernemental ou quels bailleurs de fonds locaux et internationaux fournissent un appui au travail de prévention du suicide. Dressez la liste des bailleurs de fonds qui apportent leur soutien à des activités connexes (par exemple, les soins de santé mentale, la jeunesse, les programmes liés aux pesticides) ; bon nombre de ces bailleurs de fonds ne se présentent pas clairement comme des bailleurs de fonds pour la prévention du suicide mais pourraient être intéressés par le financement de tels programmes.
- Contactez des conseillers en philanthropie ou des organisations intermédiaires qui peuvent vous aider à



vous y retrouver dans le paysage des bailleurs de fonds pour la prévention du suicide ou les activités connexes.

- Cherchez à savoir comment fonctionne votre gouvernement pour ce qui est financement. Les budgets gouvernementaux pour la prévention du suicide relèvent-ils des gouvernements centraux ou régionaux, et quels sont les départements concernés ?
- Parlez à des organisations à but non lucratif et à d'autres responsables de la mise en œuvre pour comprendre leurs succès dans l'obtention de financements.
- Créez une base de données de bailleurs de fonds potentiels à la lumière de vos recherches.

3. Identifiez les financements gouvernementaux ou les bailleurs de fonds pertinents.

- Identifiez le ministère et le responsable de budget, ou déterminez le type de bailleur de fonds qui serait le plus approprié, vu la nature de l'intervention.
- Identifiez les bailleurs de fonds qui cadrent le mieux avec votre vision, vos objectifs et vos priorités. Par exemple, si vous êtes à la recherche d'un financement pour la prévention du suicide chez les adolescents, adressez-vous à des bailleurs de fonds qui accordent la priorité au bien-être des adolescents et qui ont l'habitude de financer des programmes similaires, ou identifiez le responsable de budget au sein du ministère ou du service gouvernemental chargé de l'éducation.
- Vérifiez la convergence de vues entre les bailleurs de fonds et vous en consultant leurs sites web et en discutant avec eux. Veillez à identifier les conflits d'intérêts potentiels.
- Tâchez de comprendre le montant approximatif du don que le bailleur de fonds serait disposé à accorder. Vous pouvez l'évaluer en faisant des recherches sur les financements antérieurs du bailleur de fonds ou en ayant une première conversation avec ce dernier.
- Identifiez et hiérarchisez les bailleurs de fonds avec lesquels vous avez peut-être déjà établi une relation solide ou un lien professionnel.
- Diversifiez vos efforts afin d'atteindre plusieurs et différents types de bailleurs de fonds.

4. Élaborez des propositions

- En fonction des exigences du bailleur de fonds, vous devrez peut-être utiliser un modèle standard fourni par celui-ci ou avoir la possibilité de créer votre propre modèle pour la proposition.

Encadré 24. Liste de contrôle : solliciter des fonds sur les budgets nationaux, régionaux et locaux

- Identifiez le principal décideur politique responsable des décisions.
- Identifiez les fonctionnaires ou les structures responsables de la mise en œuvre des décisions politiques.
- Demandez un rendez-vous à un lieu et à une heure appropriés.
- Veillez à ce que l'interaction soit ciblée et précise, avec un message clair, concis et contextuel qui porte directement sur la prévention (ne parlez pas uniquement du problème du suicide).. La mise en évidence de la charge du suicide par rapport à celle d'autres problèmes (par exemple, les accidents de la route) pour lesquels l'investissement peut être beaucoup plus important peut contribuer à attirer l'attention sur la nécessité d'investir davantage dans la prévention du suicide.
- Les décideurs politiques disposent généralement d'un temps limité et doivent faire face à plusieurs priorités concurrentes. Pour attirer leur attention, ne leur présentez pas une longue proposition avec des pages de données ; remettez une note compréhensible et brève (deux pages maximum) comportant un message clair axé sur des résultats concrets.
- Offrez votre expérience et votre expertise en matière de prévention du suicide.
- Soyez persévérant et maintenez un contact régulier.
- Définissez les coûts encourus et mettez en évidence les vies sauvées et les coûts économisés.
- Les messages véhiculés doivent contenir à la fois des données scientifiques et des témoignages de personnes ayant une expérience vécue.
- Le message doit souligner la pertinence intersectorielle de la prévention du suicide et mettre en évidence la façon dont elle est liée à la santé physique et mentale, à l'éducation, à l'économie et à d'autres domaines.



- Une proposition doit couvrir les points suivants : 1) des informations sur vous et votre organisation ou votre ministère ; 2) le «pourquoi» (c'est-à-dire le contexte du problème que vous vous évertuez à résoudre et pourquoi il est important de le faire) ; 3) le «quoi» (c'est-à-dire les objectifs, les interventions et les activités proposés) ; 4) le «comment» (c'est-à-dire le budget du programme, le calendrier et les principales étapes) ; 5) le «qui» (c'est-à-dire l'équipe et les partenaires qui dirigeront et mettront en œuvre le travail) ; 6) les résultats attendus de l'intervention avec des indicateurs de résultats spécifiques et mesurables à court, moyen et long terme ; et 7) la demande de financement (c'est-à-dire le montant de l'aide financière qui sera accordée).
- Adaptez le langage et le positionnement de votre proposition aussi étroitement que possible aux priorités des bailleurs de fonds.
- Si vous avez déjà obtenu un financement, faites part de cette information de manière transparente au bailleur de fonds. Les bailleurs de fonds voient souvent l'intérêt d'investir dans des programmes et des interventions qui présentent d'autres ressources.
- De préférence, envoyez la proposition au représentant chargé de prendre les décisions, plutôt qu'à une adresse postale générique.

5. Présentez-la aux bailleurs de fonds

- Assurez-vous que les membres de l'équipe qui peuvent parler efficacement et dans le détail du travail de mise en œuvre sont présents lors de la réunion avec le bailleur de fonds.
- Planifiez vos messages clés et structurez votre présentation de manière à ce qu'elle soit succincte, explicite et inspirante, accompagnée de visuels et de données. Les décideurs politiques ont souvent un temps limité et des priorités concurrentes, d'où l'importance d'un discours bien préparé, accrocheur et concis.
- Ne vous contentez pas d'exposer les détails du programme ou de l'intervention, mais expliquez également pourquoi vous pensez qu'il s'agit pour le bailleur de fonds d'une opportunité importante, alignée sur sa mission, de soutenir ce travail. Soulignez également vos réussites en matière de prévention du suicide.
- Veillez à ce que la présentation soit conviviale, invitez le bailleur de fonds à vous faire part de ses réflexions et établissez une relation avec lui au cours de la présentation.

6. Maintenez les relations avec les bailleurs de fonds, quelle que soit la suite donnée aux demandes de financement.

- Si vous avez réussi à obtenir un financement, ne supposez pas que le travail difficile est terminé ; en réalité, il ne fait que commencer. Pour maximiser les chances que le bailleur de fonds vous accorde d'autres financements à l'avenir et pour conforter votre crédibilité auprès d'autres bailleurs de fonds potentiels, inspirez-lui confiance par une communication régulière, transparente et judicieuse. Cela peut se faire par le biais de réunions régulières, d'appels téléphoniques, de rapports ou de bilans d'étape qui évaluent la mise en œuvre et mettent en évidence l'impact du financement.
- Si vous n'avez pas réussi à obtenir un financement, discutez avec le bailleur de fonds des points à améliorer pour une future proposition. Restez en contact avec le bailleur de fonds en lui faisant régulièrement le point sur votre travail ; continuez à rechercher de nouvelles opportunités. Ce n'est pas parce que vous n'avez pas réussi à obtenir un financement cette fois-ci qu'il ne vous financera pas à l'avenir.

Encadré 25. Philanthropes, Ghana

Le suicide fait l'objet de stigmatisation au Ghana et continue d'être un crime. De ce fait, le Centre for Suicide and Violence Research (Centre de recherche sur le suicide et la violence - CSVR) du Ghana a eu du mal à obtenir des fonds de sources officielles pour soutenir ses activités d'éducation à la prévention du suicide. L'un des membres clés du personnel du CSVR a assuré une forte présence dans les médias afin de renforcer la sensibilisation et le plaidoyer pour la prévention du suicide et a remarqué qu'une organisation philanthropique avait suivi ses efforts. Avec persévérance et ténacité, le CSVR a soumis à plusieurs reprises son budget à l'organisation dans l'espoir d'obtenir un soutien. Même s'ils n'ont pas toujours réussi, cette persévérance a porté ses fruits et les philanthropes ont compris l'importance du travail de renforcement des capacités effectué par le CSVR. Pour maintenir cette relation, et c'est là un point crucial, le CSVR continue de tenir les philanthropes informés de l'impact de leur financement sur le renforcement des capacités de prévention des suicides dans le pays.



Encadré 26. Essai national sur la prévention du suicide, Australie

L'Essai national sur la prévention du suicide (NSPT) est une initiative du gouvernement australien menée par le biais du ministère de la santé. Un montant total de 60 millions de dollars australiens a été alloué à 12 sites d'essai identifiés à travers l'Australie dans le cadre du NSPT sur cinq ans, de 2016–2017 à 2020–2021. Ce financement a été fourni par l'intermédiaire des réseaux de santé primaire (PHN) concernés en tant qu'organisations partenaires, pour un montant total de 5 millions de dollars australiens par site.

Les PHN ont été créés en juillet 2015 pour accroître l'efficacité et l'efficacités des services médicaux, en particulier pour les patients risquant d'obtenir de mauvais résultats en matière de santé, et pour améliorer la coordination des soins afin que les patients reçoivent les bons soins au bon endroit et au bon moment. En tant qu'organismes régionaux de planification et de mise en service, les PHN ont été sélectionnés pour piloter l'activité d'essai afin de s'assurer qu'elle réponde aux besoins locaux.

Buts

Le gouvernement australien a financé le NSPT pour recueillir des données sur les activités de prévention du suicide dans les États et territoires de l'Australie, et pour améliorer la compréhension des stratégies les plus efficaces pour prévenir le suicide au niveau local et parmi les populations à risque. Plus précisément, ses objectifs étaient de fournir des données probantes sur la meilleure façon de mettre en œuvre une approche systémique de la prévention du suicide en Australie et d'identifier les nouvelles connaissances sur la prévention du suicide chez les populations à risque.

Le NSPT a été conçu pour permettre aux sites d'essai de faire preuve de souplesse. Chaque site d'essai était tenu, au minimum, de sélectionner un ou plusieurs groupes de population cibles dans sa région, de tester une approche systémique fondée sur des données probantes et de participer à l'évaluation.

Populations prioritaires

Sept des 12 sites visaient principalement les populations aborigènes et insulaires du détroit de Torres. Six de ces sites ciblaient les hommes, deux les jeunes, deux les lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexes (LGBTI), et un les anciens membres des ADF et les personnes âgées. Certains ciblaient des sous-groupes spécifiques de la population cible choisie (par exemple, les pêcheurs, les agriculteurs et les mineurs, les jeunes LGBTI et les jeunes aborigènes et insulaires du détroit de Torres).

Approches systémiques

Dans le cadre des approches systémiques de la prévention du suicide, il est possible de mettre en œuvre une série d'interventions visant différents éléments du système afin de réduire le suicide et les comportements suicidaires.

Les sites de l'essai se sont appuyés sur une série de données probantes et de cadres pour déterminer leur approche de la prévention du suicide. Huit des 12 sites de l'essai ont choisi de mettre en œuvre le modèle LifeSpan, et deux sites ont choisi le modèle de l'Alliance européenne contre la dépression (EAAD). Des adaptations ont été faites, le cas échéant, pour répondre aux besoins locaux du site de l'essai.

Deux sites, qui se consacraient exclusivement aux peuples aborigènes et insulaires du détroit de Torres, ont adopté une approche guidée par les principes énoncés dans le projet d'évaluation de la prévention du suicide chez les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres (ATSISPEP). L'ATSISPEP décrit un ensemble de principes ou de facteurs de réussite pour la prévention du suicide, fondés sur une approche de bien-être social et émotionnel.



Exemple d'activités

Les sites de l'essai ont mis en œuvre un large éventail de services aux particuliers et d'activités communautaires. Parmi ces activités, on peut citer :

- des services de suivi pour les personnes ayant fait une tentative de suicide ou s'étant présentées en état de crise suicidaire ;
- la sensibilisation au suicide et à la santé mentale, notamment par le biais de campagnes dans les médias et les médias sociaux et d'événements communautaires ;
- des activités de renforcement culturel à l'intention des peuples aborigènes et insulaires du détroit de Torres ;
- des formations pour renforcer les capacités des membres de la communauté, et des documents de formation pour les médecins généralistes et autres prestataires de services sur la prévention du suicide et le soutien culturellement sûr ;
- des activités scolaires destinées aux jeunes, y compris des programmes spécifiques pour les jeunes aborigènes et insulaires du détroit de Torres et les jeunes LGBTI.
- des programmes de dons de faible montant pour les activités des communautés locales ;
- des activités visant à susciter l'engagement, telles que des ateliers, des camps et des événements ciblés ;
- l'élaboration de protocoles de prévention et de réponse postvention en matière d'automutilation et de suicide ;
- le travail entre pairs et les programmes de mentorat.
- soutien à la recherche conçue pour répondre à des besoins spécifiques (par exemple, sur la mesure des résultats pour les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres, sur le soutien par les pairs pour les personnes LGBTIQ et sur la recherche relative aux lésions cérébrales traumatiques chez les anciens combattants).

Prochaines étapes

Le financement du NSPT prend fin le 30 juin 2021. Une évaluation du NSPT est maintenant achevée et est en cours d'examen par le gouvernement australien.

Le gouvernement australien finance également un projet visant à analyser les résultats de l'évaluation de la NSPT en parallèle avec les évaluations d'autres essais de prévention du suicide dans le pays, à savoir les essais LifeSpan et les essais de prévention du suicide basés sur le lieu de vie à Victoria.

Ensemble, les conclusions issues de l'évaluation de ces projets constitueront une base de données probantes sur les approches systémiques de la prévention du suicide en Australie.

CONSEILS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 7. Conseils pour la mise en œuvre du financement

Problèmes	Conseils
Modicité des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Essayez de trouver des approches qui peuvent cadrer avec celles des structures gouvernementales déjà en place. Cela peut être particulièrement important lorsque les fonds ne sont pas disponibles pour créer de nouvelles institutions ou de nouveaux départements pour réaliser le travail.
Méconnaissance par les bailleurs de fonds du fait que les suicides sont évitables et que la prévention du suicide est une priorité.	<ul style="list-style-type: none"> • Menez des actions de sensibilisation et de plaidoyer, en présentant des données qui indiquent l'ampleur du problème et montrent que les suicides peuvent être évités grâce à des investissements appropriés. • Présentez des histoires qui démontrent l'impact des interventions de prévention du suicide bien financées auxquelles des professionnels, des personnes ayant une expérience vécue et des défenseurs sont associés, afin de rendre votre message convaincant. • Collectez des fonds d'un montant plus faible auprès d'un plus grand nombre de bailleurs de fonds, en vous orientant vers un modèle de financement commun ou collaboratif. • Pensez à mobiliser des fonds auprès de programmes connexes (par exemple, pour la santé mentale, l'éducation).





SURVEILLANCE

QUOI ?

Des données actualisées provenant de systèmes de surveillance mis en place en rapport avec le suicide et l'automutilation sont essentielles pour éclairer la mise en œuvre des piliers et des interventions de LIVE LIFE. Les données sur le nombre de suicides et de cas d'automutilation doivent être ventilées au minimum par sexe, âge et méthode (OMS, 2011; OMS, 2016a).

Ces données peuvent être collectées auprès d'un certain nombre de sources différentes, telles que :

- **Système national d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (CRVS)**³⁸ De nombreux pays disposent d'un CRVS qui enregistre officiellement l'occurrence et les caractéristiques des décès (et des naissances). Cela permet d'obtenir des données continues et comparables, bien qu'elles contiennent moins de détails sur les circonstances du décès.
- **Fichiers des services de santé et de police** Il s'agit de collecter des données à partir des registres des hôpitaux et des morgues, et/ou des registres de la police, des médecins légistes et des tribunaux. Dans certains contextes, cela devra être fait manuellement (par exemple, en examinant les notes médicales). Bien que cette approche nécessite du temps et de l'argent, elle peut permettre d'obtenir des données précises. Lorsqu'il est

³⁸ Voir : Enregistrement des faits et de statistiques d'état civil Genève: Organisation mondiale de la Santé ([https://www.who.int/data/data-collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-\(crvs\)](https://www.who.int/data/data-collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-(crvs))), consulté le 28 janvier 2021).

³⁹ Normes d'autopsie verbale : établissement et attribution de la cause de décès. Genève ; Organisation mondiale de la Santé. (<https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/verbal-autopsy-standards-ascertaining-and-attributing-causes-of-death-tool>), consulté le 28 janvier 2021).

possible d'utiliser des données collectées régulièrement, ce système peut être relativement peu coûteux et fournir de manière continue des informations détaillées. Cependant, les données hospitalières ne rendent compte que des automutilations et des décès survenus dans les hôpitaux et peuvent ne pas bien identifier les méthodes de suicide (par exemple, le type de poison utilisé). Les données sur l'automutilation pourraient également être obtenues auprès des services de consultation externe, des soins de santé primaires et des services communautaires.

- **Autopsie verbale:**³⁹ Ces données peuvent être collectées par le biais de systèmes de déclaration communautaires, dans le cadre desquels les professionnels de la santé interrogent la famille et les amis sur les circonstances du décès. Cette méthode est particulièrement utile lorsque les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil ou l'accès aux soins médicaux formels sont limités ; elle peut également être utilisée pour valider les informations recueillies auprès d'autres sources de données et pour fournir des informations plus détaillées. La surveillance communautaire consiste en un système permettant aux membres de la communauté de signaler les comportements suicidaires. Elle peut également être envisagée pour recueillir des informations sur des zones géographiques définies ou pour évaluer une intervention particulière. Toutefois, une normalisation suffisante est indispensable et il peut y avoir un risque de biais



- **Enquêtes auprès de la population:** des enquêtes représentatives sur le plan national peuvent être menées spécifiquement sur le comportement suicidaire ou peuvent être intégrées à des enquêtes nationales ou internationales plus larges.⁴⁰ Bien que les enquêtes (notamment celles visant une zone de desserte ou une communauté précise) rendent aussi compte des tentatives de suicide et des actes d'autodestruction survenus en dehors du milieu hospitalier (par exemple, parce qu'une assistance médicale n'a pas été sollicitée), elles peuvent être limitées par un biais de non réponse et une volonté de taire l'acte de peur de la stigmatisation, et ne fourniront pas de données continues.

Une surveillance globale peut combiner les données recueillies d'un éventail de sources, même si lorsque les ressources sont limitées, il est généralement plus pratique de commencer en se concentrant sur les zones de collecte systématique des données existantes (par exemple, les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, les registres d'hôpitaux). En fait, un système de surveillance globale en vue de l'enregistrement des suicides et des tentatives de suicide en milieu rural a été mis en place en Inde et il utilise les données des systèmes de surveillance communautaire ainsi que des registres hospitaliers et de police (Vijayakumar et al., 2020).

Le mode de mise en œuvre de la surveillance dépendra aussi de la situation actuelle de la prévention des suicides dans le pays :

Tableau 8. Mise en œuvre de la surveillance en fonction du contexte du pays

Problèmes	Conseils
Les pays appliquant actuellement pas ou peu de surveillance.	Il peut s'avérer utile de commencer par développer la collecte des données dans des lieux représentatifs ou des sites pilotes (par exemple, une région ou un district), en donnant la priorité aux informations de base (par exemple, les taux de mortalité par suicide, l'âge, le sexe, les méthodes de suicide), faire des analyses basiques (par exemple, taux de suicide) et évoluer vers une transposition à l'échelle du pays et la mise en place d'un système d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil.
Les pays appliquant déjà un certain degré de surveillance	Les systèmes peuvent être étendus à l'échelle nationale pour suivre les suicides (grâce au système d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil) ou les actes d'autodestruction (par exemple, registre hospitalier des actes d'autodestruction au niveau national ^{41,42}) et peuvent comprendre des informations plus détaillées et des analyses plus larges (par exemple, l'évolution des facteurs de risque, les renseignements sur les récurrences d'actes d'autodestruction). La priorité devrait être de commencer par le suivi de la mortalité par suicide, puis d'intégrer la surveillance de l'autodestruction. Pour les pays dotés de centres antipoison, encourager le partage des données sur les cas d'empoisonnement volontaire entre des centres individuels et un point de collecte central pourrait fournir des informations : 1) sur certaines méthodes de suicide ; et 2) pour observer les tendances et les nouvelles méthodes pouvant être jugulées en limitant l'accès aux moyens de suicide. L'analyse de situation peut servir à évaluer la qualité actuelle de la surveillance et les domaines appelant des améliorations (voir la section Analyse de situation).
Les pays dotés d'un système de surveillance globale et d'un système d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil	Il est important de suivre des paramètres clés comme la qualité des données, la couverture, la ponctualité et les coûts du système de surveillance pour apporter des améliorations. Là où une infrastructure de surveillance solide existe, la surveillance en temps réel peut être introduite lorsque les données sont disponibles et peuvent être analysées immédiatement après qu'un cas de suicide ou d'autodestruction a été enregistré.

⁴⁰ STEPwise approach to surveillance (STEPS) mental health/suicide module. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/riskfactor/STEPS_Mental_Health_Suicide_module.pdf, consulté le 28 janvier 2021).

⁴¹ National Self-harm Registry Ireland. Dublin: National Suicide Research Foundation (<https://www.nsrif.ie/our-research/our-systems/national-self-harm-registry-ireland/>, consulté le 28 janvier 2021).

⁴² Multi-Centre Study of Self-harm in England. Oxford: University of Oxford (<https://www.psych.ox.ac.uk/research/csr/ahoj>, consulté le 28 janvier 2021).



POURQUOI ?

Les systèmes de surveillance contribuent à éclairer la mise en œuvre de LIVE LIFE, par exemple en mettant en évidence l'évolution des comportements suicidaires, les groupes de sous-populations à risque, les groupes de cas ou l'apparition de nouvelles méthodes de suicide ou la contagion de méthodes de suicide appelant des interventions rapides (Thomas, Chang & Gunnell, 2011). Les données sur le suicide et l'autodestruction guident aussi la fourniture des services, le déploiement des ressources et l'élaboration de guides pratiques en vue de la prise en charge des comportements suicidaires, par exemple en veillant à former les équipes médicales de certains lieux précis à gérer les effets de certains moyens de suicide (les pesticides, par exemple), ou en employant un personnel infirmier spécialisé dans les zones sujettes à de nombreux suicides. Les données sont utilisées

Encadré 27. Surveillance, Sri Lanka

La South Asian Clinical Toxicology Research Collaboration (SACTRC) a formé une cohorte prospective à long terme de personnes s'étant volontairement empoisonnées en 2002, en s'intéressant particulièrement à l'empoisonnement aux pesticides. Le personnel accompagnait tous les malades d'empoisonnement admis dans les hôpitaux couverts par l'étude et s'employait à identifier le poison utilisé, à essayer des traitements et à noter les résultats. Les antécédents révélaient généralement que les pesticides étaient les moyens utilisés ; dans un échantillon imbriqué, la spectrométrie en laboratoire a été appliquée pour vérifier l'exactitude de l'identification sur la base des antécédents uniquement (>80%). La cohorte compte à présent plus de 80 000 personnes, dont 35 000 ont ingéré des pesticides, et elle a fourni des données nouvelles sur la toxicité relative de certains pesticides chez l'homme (Buckley et al., 2021). Grâce à la cohorte, trois pesticides particulièrement toxiques (Dawson et al., 2010) ont été identifiés et les données afférentes présentées au responsable du registre des pesticides et au comité consultatif d'experts sur les pesticides. Ces pesticides ont été interdits dans l'agriculture en 2008–2011, contribuant ainsi à réduire progressivement le nombre total des suicides et particulièrement des suicides aux pesticides au Sri Lanka (Knipe et al., 2017).

pour suivre les progrès (indicateur de la diminution des taux de suicide, par exemple) et contribuent à l'évaluation et l'étude des interventions et stratégies de prévention en cours, notamment des études de cohorte long terme des cas d'autodestruction se présentant devant les hôpitaux à Oxford (Royaume-Uni).⁴³

OÙ ?

En principe, les pays devraient chercher à recueillir les données à l'échelle nationale pour essayer de bien comprendre les comportements suicidaires dans la population. Toutefois, il serait préférable d'obtenir des données de qualité à partir de plusieurs lieux représentatifs plutôt que des données de mauvaise qualité recueillies dans l'ensemble du pays. La surveillance peut commencer avec des ensembles de données réduits, néanmoins représentatifs de la population nationale (par exemple, à partir de quelques grands hôpitaux), puis être élargie ultérieurement à la lumière des enseignements de l'expérience. Cette démarche peut s'avérer particulièrement utile dans les pays vastes ou lorsque les données sont coordonnées au niveau fédéral ou régional. Les données peuvent être consignées dans un registre dédié aux actes d'autodestruction, ou faire partie d'un système plus large de données nationales sur la mortalité ou les blessures. Lorsque les données sont recueillies à l'échelle nationale, il est important d'harmoniser les types de données collectées et la manière de les consigner dans les différentes régions ou localités.

QUAND ?

La surveillance systématique devrait être une priorité et organisée avant ou au début de la mise en œuvre de LIVE LIFE, ce qui permettra aux pays d'évaluer l'efficacité des interventions menées. Les données doivent être recueillies systématiquement à long terme pour fournir des informations ponctuelles, actuelles (ou en temps réel lorsque cela est possible) sur les comportements suicidaires, et pour permettre de déceler les évolutions et les personnes s'adonnant à des actes d'autodestruction susceptibles de récidiver. Toutefois, lorsque les ressources sont très limitées, la surveillance peut commencer sous la forme d'une étude individuelle du comportement suicidaire sur une période définie dans une zone ou une population précises, qui peut être élargie par la suite pour collecter les données de façon systématique.

⁴³ The Oxford Monitoring System for Self-Harm. Oxford: University of Oxford (<https://www.psych.ox.ac.uk/research/csr/research-projects-1/the-oxford-monitoring-system-for-self-harm>, consulté le 28 janvier 2021).



QUI ?

Que le système de surveillance soit national ou local, des représentants du Ministère de la santé devraient être impliqués, de même que des personnes d'autres bureaux concernés comme le bureau national de la statistique ou celui chargé de l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, qui peuvent fournir des orientations et des ressources pour la viabilité de l'ensemble. Les acteurs concernés devraient être les organisations ou les individus les mieux placés pour recueillir et traiter les données cibles (par exemple, les professionnels de la santé, le personnel des morgues, la police, les agents de santé locaux) et ceux ayant les compétences pour planifier le système et le mettre en œuvre (notamment les spécialistes du système d'information sanitaire et les chercheurs en santé publique, dont les épidémiologistes, les statisticiens, les gestionnaires des systèmes des données, les collecteurs de données). Il peut aussi s'avérer utile de se mettre en rapport avec des chercheurs qui travailleraient peut-être déjà avec des données de cohorte pertinentes dans la population cible.

Encadré 28. Surveillance de l'autodestruction, Fédération de Russie

La Fédération de Russie est l'un des pays de la Région européenne dans lequel les autorités reconnaissent que le suicide est un problème de santé publique important. Pour s'attaquer à ce problème et renforcer le suivi et la prévention du suicide dans le système de santé mentale, les principaux experts de la santé en Russie ont engagé une collaboration avec le Bureau régional OMS de l'Europe et la représentation de l'OMS dans le pays, dont les fruits pourraient profiter aux autres pays de l'est de la Région européenne. L'approche de surveillance de l'autodestruction de l'OMS a déjà été déployée dans un certain nombre de pays d'expression anglaise, comme l'Irlande, où elle s'est révélée efficace pour recenser les populations vulnérables et accroître l'accès aux services de santé voulus. Le projet pilote mené dans la Fédération de Russie vise à analyser les pratiques positives au niveau national et, parallèlement, à affiner et adapter l'outil et la méthodologie.

La collaboration entre l'OMS et la Fédération de Russie dans le cadre de la stratégie de coopération avec les pays est en cohérence avec les objectifs visant à créer un cadre global de prévention, à promouvoir la santé tout au long de la vie et à

renforcer les capacités en vue d'une coopération mondiale et régionale dans le secteur de la santé. En concertation avec le Serbsky Center, désigné comme la principale institution de santé mentale dans la Fédération de Russie, et sous la houlette du Ministère de la santé, en 2018 des experts de trois régions de Russie (le district fédéral de l'Oural, le district fédéral du Caucase du Nord et le district fédéral extrême-oriental) ont partagé leurs expériences et exprimé leur volonté de montrer sur des sites pilotes comment adapter et utiliser un outil et manuel de l'OMS pour améliorer les systèmes de suivi et de surveillance de l'autodestruction et des tentatives de suicide dans les hôpitaux.⁴⁴ L'outil repose sur un ensemble de procédures recommandées par l'OMS qu'un agent de santé formé peut suivre pour déterminer les cas d'autodestruction dans les établissements hospitaliers et de soins de santé spécialisés. L'initiative vise à créer un système de surveillance multicentrique en se servant de la version russe de l'outil de l'OMS pour appliquer une plateforme de suivi en ligne pouvant être utilisée pour recueillir et analyser des données de qualité sur l'autodestruction et les tentatives de suicide. Le logiciel en ligne est en cours de modification par des professionnels de la santé à Stavropol Kraï, dans le district fédéral du Caucase du Nord. La mise en place d'un tel système de suivi peut être une étape importante vers le renforcement de la prévention du suicide dans tout système de santé.

Autre fruit de cette collaboration, le Bureau régional OMS de l'Europe et les professionnels de la santé russes ont créé des cours de formation à l'intention des facilitateurs du système de surveillance et de suivi. L'utilisation des documents facilitera la formation des agents de santé et collecteurs de données qu'il faut pour renforcer l'initiative au niveau national et international. L'ensemble d'outils recommandés par l'OMS a été mis aux normes des services de santé russes à l'échelon infranational et peut être transposé à une échelle plus élevée. L'initiative est censée devenir une partie intégrante de l'infrastructure de prévention du suicide et de l'autodestruction dans la Région européenne, contribuant ainsi à améliorer l'accès aux services de santé mentale et à d'autres services destinés aux personnes susceptibles de manifester des comportements suicidaires. Le succès de l'initiative est attribué à l'engagement et la motivation de tous les participants, à la bonne collaboration entre les partenaires et à l'attachement à la prévention du suicide en tant que composante importante du programme de développement durable.

⁴⁴ Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208895>, consulté le 17 février 2021).



COMMENT ?

1. Réunir une groupe de travail [voir [Encadré 1](#), [Introduction](#)]

- Constituer le groupe (voir [Qui?](#) plus haut et [l'annexe 1 pour la liste des secteurs et acteurs concernés](#)).
- Envisager de former un comité de pilotage pour apporter un appui systématique ; un groupe consultatif technique pour donner des orientations en matière de planification de mise en œuvre et d'évaluation ; et une équipe de gestion de la surveillance pour assurer la surveillance.
- Informer les principaux acteurs concernés que la surveillance du suicide et de l'autodestruction est nécessaire et qu'il faut un appui continu pour pérenniser le système.

2. Planifier le système de surveillance

- Définir les buts, les objectifs et la portée du système. Déterminer, par exemple, quelles informations devront être collectées, comment les informations seront utilisées aux fins de prévention, s'il existe déjà des systèmes recueillant des informations similaires, et où le système devrait être situé.
- Réfléchir à une mise en œuvre graduelle : une phase pilote pour commencer, puis le déploiement à l'échelle nationale.
- Préparer un budget réaliste des coûts et ressources nécessaires (par exemple, pour le personnel, l'équipement du système, la formation, l'entretien) et désigner les sources de financement primaires et secondaires pour faire vivre le système dans le temps.
- Définir les processus de collecte, de gestion et d'analyse des données. Décider, par exemple, quelles données seront recueillies, par qui, et où et comment les données seront stockées. Préparer des modes opératoires normalisés pour garantir la cohérence.
- En ce qui concerne la mortalité par suicide, penser à un système d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil. S'agissant de l'autodestruction, penser à l'introduire dans les registres médicaux courants. Le cas échéant, obtenir l'approbation d'un comité d'éthique et les autorisations indispensables (de la direction de l'hôpital par exemple) pour collecter les données auprès des sources pertinentes. Mettre en place des mesures de sauvegarde pour préserver la confidentialité (c'est-à-dire, pas de communication de données identifiables).

3. Préparer les ressources

- Elaborer une fiche d'enregistrement des données ou un système électronique de saisie des données, appliquant

le codage des données et permettant d'enregistrer les données par événement (et aussi par personne dans le cas des tentatives de suicide). Prévoir un espace pour les renseignements démographiques pour permettre l'identification des groupes à risque.

- Préparer un manuel pour guider la collecte des données et garantir la cohérence dans le temps.
- Former des collecteurs de données, en insistant sur l'importance d'harmoniser les définitions du comportement suicidaire et en s'exerçant au codage et à la saisie des données (particulièrement lorsque les informations disponibles peuvent être ambiguës).
- Rencontrer et renseigner le personnel qui fournira les données (par exemple les responsables des soins de santé) pour l'encourager à évaluer et enregistrer avec minutie les personnes manifestant un comportement suicidaire au moment de leur prise en charge.

4. Expérimenter et mettre en œuvre le système

- Expérimenter l'enregistrement et la collecte des données dans une ou deux localités afin de déceler et résoudre les problèmes éventuels.
- Commencer à utiliser le système à plusieurs autres endroits.
- Analyser périodiquement les données (en principe tous les trois mois) pour avoir des synthèses à jour.

5. Communiquer les conclusions

- Rédiger, publier et diffuser régulièrement des rapports annuels ou des notes d'information plus petites. Prévoir la parution des rapports annuels à des moments stratégiques pour une meilleure visibilité, par exemple lors des journées nationales ou mondiales de prévention du suicide.
- Au moment de structurer les rapports sur les données, garder à l'esprit les besoins des acteurs concernés ainsi que les objectifs du système de surveillance. Réfléchir au type de rapports qui devraient être produits, à quelle fréquence ils devraient être rédigés et à qui ils devraient être destinés. Les acteurs concernés seraient les responsables de l'élaboration des politiques, les services de soins de santé, le grand public et les médias (bien qu'il faille faire preuve de prudence dans les communications aux médias ; voir [section Collaborer avec les médias pour une couverture responsable du suicide](#)).
- Communiquer les grandes constatations, notamment les taux et les tendances précises des suicides et de l'autodestruction, et formuler des recommandations pour guider la prévention.



6. Examiner et évaluer

- Préparer un calendrier de réunions régulières et assurer la supervision pour veiller à ce que la collecte des données respecte les modes opératoires. Il est important de prévoir une aide psychologique pour les collecteurs de données qui seront confrontés à des informations bouleversantes/cruels sur le suicide.
- Outre le suivi systématique, une évaluation détaillée devrait être faite de temps à autre pour déterminer dans quelle mesure le système atteint ses objectifs, pour évaluer l'exactitude des données et la qualité des rapports, et pour évaluer la pertinence des rapports (voir [la section Suivi et évaluation](#)). Le suivi peut comporter des exercices de contrôle de la qualité permettant d'apprécier la cohérence de la collecte des données d'un site ou d'un collecteur à l'autre.
- Après examen, réviser au besoin les modes opératoires normalisés.
- Il est recommandé de réaliser aussi un examen indépendant du système de surveillance pour en améliorer la qualité et l'efficacité.
- Elargir le système de surveillance à d'autres sites/ régions pour développer un système de surveillance national.
- Examiner régulièrement le budget et les sources de financement pour assurer la viabilité du système.

Encadré 29. Le système d'enregistrement des actes d'autodestruction et des suicides, République islamique d'Iran

La République islamique d'Iran est dotée d'un système national d'enregistrement des actes d'automutilation et des suicides bien structuré, placé sous l'égide de son ministère de la santé et de la formation aux professions médicales. Le système oblige toutes les facultés de médecine dans le pays à recueillir et consigner de façon systématique les données relatives à l'autodestruction et au suicide dans leurs districts et zones de desserte. Le système a été officiellement mis en place en 2009 en tant que dispositif de collecte des données indépendant par la direction chargée de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives au ministère de la santé, dans le but d'uniformiser le recueil des données sur l'autodestruction et le suicide. Le système a été modifié en 2017 sur la base du manuel de l'OMS intitulé *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm* (WHO, 2016).

En 2009, des spécialistes chevronnés de la santé mentale issus des différentes facultés ont pris part à une réunion de formation nationale. A la suite de la formation de chacun de ces responsables de la santé mentale, des données ont été collectées dans leurs facultés respectives. Un questionnaire de notification de cas sous forme de logiciel assorti d'un manuel de l'utilisateur a été préparé pour systématiser et uniformiser la collecte des données à partir d'un portail. Les corrélats épidémiologiques les plus importants pour concevoir des interventions de prévention du suicide ont été analysés. Le questionnaire couvre des attributs démographiques sur les sujets comme le genre, l'âge, la situation matrimoniale, la profession et le niveau d'études, les antécédents de troubles mentaux et physiques, la méthode de suicide et son issue (adoptés d'études antérieures apparentées).

Les principales sources de données sur l'autodestruction et le suicide sont les dossiers médicaux officiels des hôpitaux généraux et établissements de soins ambulatoires dans les villes ainsi que des maisons de santé et des centres de santé publique dans les villages. En zone rurale, certains cas peuvent être notifiés par les agents de santé locaux qui ont connaissance des suicides dans la localité, bien que ces suicides ne fassent l'objet d'aucun autre rapport officiel. Les données issues de ces sources sont rassemblées dans les centres de santé de district, qui sont les démembrements des facultés de médecine dans des zones de desserte bien définies à l'intérieur des provinces. Chaque université ne peut accéder qu'aux données de ses centres de santé de district, tandis que les données nationales ne peuvent être obtenues que par la direction du Ministère de la santé chargée de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives qui supervise la saisie des données. Selon les rapports officiels, certains cas de suicide peuvent ne pas être aiguillés vers des centres médicaux ou de santé. Dans ces cas, les corps sont remis aux services médico-légaux locaux pour vérifier la cause de décès et les données sont alors compilées puis communiquées officiellement aux facultés de médecine. Ces données sont aussi ajoutées à celles du Ministère de la santé de façon cyclique.



Encadré 30. Surveillance, tribu apache de White Mountain, Etats-Unis d'Amérique

Actuellement, les populations autochtones d'Amérique enregistrent les taux de suicide les plus élevés de tous les groupes ethniques que compte le pays, particulièrement parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Face à ce problème de santé publique, la tribu apache de White Mountain a développé une approche innovante pour promouvoir la santé mentale et la résilience. Impulsé par des spécialistes de la santé mentale membres de la communauté, le modèle Celebrating Life intègre l'orientation-recours, la surveillance, la prévention, les soins et la prise en charge en temps de crise (Cwik et al., 2014; Cwik et al., 2016).

La surveillance est recommandée dans le cadre de la stratégie nationale américaine de prévention du suicide, mais de nombreux freins ont empêché la mise en œuvre généralisée et en temps utile des principes de notification. Grâce à l'appui technique du Johns Hopkins Center for American Indian Health, la tribu apache de White Mountain est la première communauté à mettre en place un système global qui a su s'attaquer à ces blocages et peut servir de modèle à d'autres communautés.

En 2001, le gouvernement de la tribu apache de White Mountain a adopté une résolution en vertu de laquelle tout incident suicidaire survenant dans la Réserve indienne de Fort Apache, idées suicidaires et tentatives de suicide comprises, devait être signalé au système de surveillance du suicide tribal (les épisodes non suicidaires d'autodestruction et de consommation excessive de substances psychoactives ont été ajoutés par la suite à la liste des incidents à déclarer).

Le Johns Hopkins Center for American Indian Health a collaboré avec la tribu apache de White Mountain pour réviser la fiche d'orientation-recours, élaborer une fiche de suivi personnel, concevoir un système informatisé de rassemblement des données, et employer et former l'équipe Celebrating Life, formée d'un effectif local d'experts de la santé mentale issus de la communauté. Le personnel de Celebrating Life contrôle, suit et entretient le système de surveillance qui a été primé par l'académie américaine de psychiatrie, le Indian Health Service et l'administration des services traitant de l'abus de substances psychoactives et de la santé mentale. De surcroît, le personnel de Celebrating Life contribue à analyser les données et adresse régulièrement des rapports aux chefs de la tribu apache de White Mountain sur l'évolution de la situation au sein de la communauté.

Au cours des 20 dernières années, le système de surveillance communautaire a servi de base à la programmation et l'évaluation de la prévention. Bien que les taux nationaux soient restés stables ou qu'ils aient légèrement augmenté, globalement le taux de décès par suicide chez les Apaches de White Mountain a baissé lorsque leur système de surveillance du suicide et programme général étaient actifs. Les tentatives de suicide ont aussi diminué de 53 % et la proportion de personnes à risque sollicitant un traitement a quasiment doublé, passant de 39 % à 71 %.





CONSEILS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 9. Conseils pour la mise en œuvre de la surveillance

Problèmes	Conseils
Sous-notification	<ul style="list-style-type: none"> En raison de la stigmatisation liée au suicide dans de nombreux pays, plusieurs suicides et tentatives de suicide ne sont pas signalés ou sont requalifiés. La sensibilisation et la révision du statut légal du suicide (c'est-à-dire sa dépénalisation) sont essentiels pour combattre la stigmatisation. Il est important que les systèmes de surveillance maintiennent la confidentialité et promeuvent la confiance. La sous-notification peut aussi résulter de l'accès limité aux soins de santé et des restrictions à l'assurance maladie qui réduiraient donc le nombre de personnes sollicitant une assistance médicale en cas de tentative de suicide. La couverture sanitaire universelle est capitale pour lever cet obstacle en particulier et pour la prévention du suicide en général.
Données incomplètes et inexactes	<ul style="list-style-type: none"> Dans les milieux à faibles ressources, l'accès aux données peut être difficile. Il importera de puiser dans d'autres sources d'information (par exemple, autopsies verbales/surveillance communautaire) et d'appliquer un système basique pour enregistrer la mortalité par suicide (notamment en collaborant avec les personnes chargées d'enregistrer les décès dans la communauté comme la police et les centres médicaux). Dans bon nombre de pays, la surveillance des données sur les soins de santé n'est pas optimale. Le plaidoyer en faveur de l'amélioration des systèmes d'information sanitaire est un aspect important de la sensibilisation. L'enregistrement et la classification du comportement suicidaire sont complexes et il faut une formation suffisante, de la pratique et un suivi permanent pour accompagner les collecteurs de données. Le plaidoyer auprès de ceux qui notifient les suicides et leur sensibilisation (la police, les premiers secours) sont importants pour éviter les déclarations erronées ; il est essentiel que ces services soient formés à consigner et évaluer minutieusement l'intention suicidaire. Lorsque plusieurs organismes sont chargés de recueillir les données sur le suicide, la différence dans les pratiques peut entraîner des disparités. Il importe d'inclure les représentants de différents organismes dans la planification et de définir des orientations communes pour guider la collecte et l'enregistrement des données dans différentes zones. Lorsque cela est possible, un guide national sur la collecte des données devrait être élaboré pour permettre d'agréger les données de différentes circonscriptions.
L'absence de données et d'informations empêche les décideurs de fixer les priorités et d'affecter les ressources. La collecte des mauvaises données pendant le processus de mise en œuvre peut entraîner un gaspillage des ressources sur des interventions inefficaces.	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place et renforcer les systèmes de surveillance du suicide et de l'autodestruction ; la surveillance est un pilier fondamental de la prévention du suicide. Contrôler l'efficacité des premiers résultats en collectant des données exactes, ce qui permettra par la suite d'apporter des modifications pour accroître l'efficacité. Collaborer avec des chercheurs intéressés pour mettre sur pied des systèmes de surveillance susceptibles de guider les politiques publiques.
Sensibilité des données	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à instituer des mesures de sauvegarde pour préserver la confidentialité des données (par exemple, en se servant de numéros d'identification des cas et non d'informations identifiables). Considérer avec prudence l'utilisation des données, leur disponibilité et leur mode de communication. Réfléchir aussi aux effets que les données sur le suicide peuvent produire sur les personnes à risque (voir la section Collaborer avec les médias pour une couverture responsable du suicide).



SUIVI ET ÉVALUATION

QUOI ?

Le suivi et l'évaluation sont essentiels pour déterminer si la prévention du suicide est efficace. Le suivi comprend la mesure programmée et continue ou régulière de l'information, qui permet d'évaluer les progrès de la mise en œuvre de LIVE LIFE. Il devrait être suivi de l'évaluation, qui est un examen périodique permettant de déterminer si LIVE LIFE a atteint les résultats escomptés. Le suivi et l'évaluation devraient faire partie de toutes les interventions, et ces informations peuvent être combinées pour mesurer l'efficacité globale de LIVE LIFE.

L'évaluation devrait porter sur les aspects suivants:

- **Efficacité.** L'intervention produit-elle le résultat attendu ; a-t-elle atteint son objectif de départ ? Il serait utile de collaborer avec des chercheurs pour préparer et interpréter des études de l'efficacité des interventions avant de les déployer à grande échelle (Kolves et al., 2021). Ces études peuvent devoir être étendues pour produire des informations claires et pertinentes pouvant éclairer les décisions sur les politiques publiques.
- **Mise en œuvre.** Les services ont-ils été fournis comme prévu et dans quelle mesure ? Quels ont été les facteurs de mise en œuvre positifs et quels ont été les obstacles/écueils ?
- **Efficience (rapport coût-efficacité).** L'intervention optimise-t-elle suffisamment les coûts ? Les coûts sont-ils viables/comment les rendre viables à l'avenir ?

Toutes les activités de prévention du suicide ont principalement pour objet de réduire les taux de suicide et d'autodestruction [voir [la section Surveillance](#)]. Toutefois, il est difficile de détecter des évolutions dans les taux de suicide qui pourraient être imputées aux activités de prévention, l'évaluation ne pouvant se faire qu'à long terme.

Au regard de ces difficultés, il est important de suivre et d'évaluer d'autres indicateurs de progrès. Les indicateurs doivent être clairement et directement reliés à l'objectif principal. Il peut s'agir par exemple :

- de limitations imposées à l'accès aux moyens de suicide ;
- de la couverture médiatique plus responsable du suicide ;
- de la formation d'un plus grand nombre de jeunes aux compétences émotionnelles ;
- du recours et de l'accès à l'aide et aux services par un nombre grandissant de personnes ;
- du renforcement des connaissances, des attitudes et de la pratique des agents de santé en ce qui concerne les personnes manifestant des comportements suicidaires.

La mesure des progrès doit être planifiée à l'avance à l'aide d'indicateurs précis, réalisables, pertinents et assortis d'un échéancier (voir [à l'annexe 3](#) les indicateurs pour LIVE LIFE). Ce processus devrait être guidé par les données existantes sur les facteurs influençant le comportement suicidaire au sein de la population cible. Les indicateurs peuvent être mesurés au moyen de sources diverses (voir [la section Surveillance](#)), notamment les données recueillies de façon systématique



(système d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, données sur l'utilisation des services, renseignements démographiques sur les clients, sources d'orientation-recours) et les données collectées dans un but précis (entretiens avec des partenaires et agents des projets, enquêtes sur la population, groupes thématiques, travaux de recherche).

POURQUOI ?

Le suivi et l'évaluation sont nécessaires pour déterminer si LIVE LIFE atteint le résultat escompté, à savoir réduire le suicide et l'autodestruction. Le suivi et l'évaluation peuvent indiquer si LIVE LIFE est efficace dans le contexte du pays concerné, s'il renvoie des échos sur les interventions ayant le plus gros impact et là où des révisions sont nécessaires. Outre qu'elles relèvent les aspects à améliorer, il est important que les évaluations considèrent les facteurs qui auraient influencé positivement ou négativement la mise en œuvre (par exemple, les problèmes de conception, des changements dans le financement, la mobilisation communautaire, la situation économique) pour pouvoir formuler des recommandations utiles à des fins d'amélioration.

Les rapports d'évaluation permettent de partager les informations et les enseignements tirés du processus, ce qui éclaire d'autres services ou domaines prévoyant d'adopter des interventions similaires. Le fait d'informer les principaux acteurs concernés et le grand public des progrès peut aussi contribuer à promouvoir l'éthique de responsabilité et le soutien communautaire. Ces données peuvent être un puissant outil pour solliciter et obtenir des ressources supplémentaires destinées à accompagner les initiatives en cours.

OÙ ?

En plus du suivi et de l'évaluation au niveau national, les données à l'échelon local devraient être intégrées (par exemple, les données sur la prestation de services, les réactions du personnel clé).

QUAND ?

Le suivi et l'évaluation doivent être programmés et convenus à l'avance afin de garantir la participation de tous les acteurs concernés. Intégrer les contributions du personnel clé participant à la mise en œuvre des interventions, ainsi que les observations des utilisateurs des services et du public en général. La boucle de

réaction permanente ainsi formée devrait permettre d'affiner les interventions à mesure qu'elles sont mises en œuvre.

QUI ?

Il est recommandé de désigner un groupe spécialement chargé de suivre et évaluer LIVE LIFE. Il devrait être constitué de personnes dotées des compétences voulues pour planifier et exécuter le suivi et l'évaluation (par exemple des épidémiologistes, des statisticiens, des collecteurs de données). Il peut aussi s'avérer utile de s'associer à des établissements universitaires lorsque cela est possible pour renforcer la collecte, l'analyse et l'évaluation des données.

COMMENT ?

1. Former un groupe de travail spécialement chargé de planifier le suivi et l'évaluation (voir [Encadré 1, Introduction](#))

- Constituer le groupe (voir Qui? plus haut et [l'annexe 1](#) pour la liste des secteurs et acteurs concernés).
- Y désigner des personnes aptes à planifier et exécuter le suivi et l'évaluation.
- Attribuer les rôles et les responsabilités aux membres du groupe et dresser un calendrier de réunions régulières.

2. Planifier la mesure de l'objectif principal

- La prévention du suicide vise principalement à réduire les taux de suicide et d'autodestruction (voir [la section Surveillance](#)).

3. Mettre les résultats en évidence

- A la suite de l'analyse de situation, relever les résultats souhaités et ce que la mise en œuvre des interventions est censée produire. Ces résultats devraient contribuer à l'objectif principal qui est de réduire le suicide. (Voir [annexe 3](#))

4. Définir des indicateurs pour chaque résultat

- Déterminer les indicateurs qui peuvent servir à évaluer chaque résultat. Par exemple, si le résultat souhaité est une couverture médiatique responsable, les indicateurs peuvent être le nombre de médias offrant des formations, et la qualité du traitement médiatique du suicide.



5. Planifier la collecte des données

- Planifier le mode de collecte des données pour chaque indicateur (par exemple, une enquête auprès des médias pour déterminer qui a reçu une formation, l'évaluation d'un échantillon aléatoire de reportages journalistiques).
- Lors de la planification des interventions, demander au personnel impliqué de fournir des rapports d'avancement réguliers contenant des données à jour.

6. Collecter les données

- Lorsque cela est possible, recueillir les données sans arrêt pour assurer une rétroaction permanente.
- Songer à synthétiser les données régulièrement (en principe tous les trois mois) dans des rapports de suivi destinés à orienter les activités en cours.

7. Évaluer les données

- Analyser les données de temps à autre (dans l'idéal, chaque année ou tous les 2 ans) et évaluer de la sorte si les interventions ont atteint les résultats attendus.

8. Communiquer les conclusions et appliquer les enseignements

- Produire des rapports des conclusions correspondant aux différentes audiences ; les partenaires peuvent être les responsables de l'élaboration des politiques, d'autres services pouvant adopter l'intervention, et le grand public.
- Communiquer les principales conclusions, notamment sur l'efficacité des différentes interventions, les facteurs favorables et les freins à la mise en œuvre, et les recommandations aux fins d'amélioration.
- Utiliser les enseignements tirés pour améliorer la conception et la mise en œuvre des interventions, s'il en est besoin, ou pour transposer ces interventions à grande échelle.

9. Examiner et améliorer le suivi et l'évaluation

- Fixer un calendrier de rencontres régulières du groupe spécial pour faire le point.
- L'un des objectifs du suivi et de l'évaluation sera probablement d'améliorer les données sur le suicide. Ces données peuvent être utilisées pour suivre les progrès périodiquement et relever les domaines dans lesquels la disponibilité et la qualité des données pourraient être améliorées et des indicateurs supplémentaires définis. Utiliser le bilan pour apporter les modifications voulues au suivi et à l'évaluation.

Encadré 31. Suivi et évaluation d'une stratégie de prévention nationale, Irlande

En 2014, la direction de la santé et le bureau national de la prévention du suicide de l'Irlande ont entrepris d'élaborer une nouvelle stratégie de prévention du suicide, baptisée Connecting for Life (2015–2020 ; prolongée jusqu'en 2024).⁴⁵ Dès le départ, la stratégie était axée sur les résultats, l'idée étant que des améliorations quantifiables pourraient être apportées concernant l'incidence du suicide et de l'autodestruction, qui serviraient de base à l'évaluation à venir des effets de la stratégie et ses composantes.

Un large processus de consultations et de mobilisation a été lancé pour recueillir les avis et opinions d'un éventail d'intervenants, dont des prestataires de services, le grand public, des personnes touchées par le suicide, des administrations et des organismes publics. Un ensemble d'éléments et de données a aussi été examiné au moment de l'élaboration de la stratégie afin de mettre en évidence les facteurs de risque et de protection concernant des groupes de population particuliers et de préparer des initiatives efficaces pour leur venir en aide.

Sur la base de ces informations, plusieurs buts et objectifs primaires et intermédiaires ont été fixés, et un cadre des résultats correspondant mis en place pour permettre de suivre les progrès et de mesurer objectivement les effets de la stratégie par rapport à des indicateurs de référence.⁴⁶ Il a été prévu de faire des évaluations proportionnées de toutes les grandes activités menées dans le cadre de Connecting for Life, et de diffuser les conclusions et enseignements tirés auprès des personnes appliquant le programme et des partenaires. Outre la mesure des indicateurs des objectifs primaires et intermédiaires, des évaluations de la qualité de l'exécution des principales activités ont aussi été programmées pour mieux comprendre les éléments ayant concouru aux succès et aux échecs de la stratégie.

⁴⁵ Connecting for Life. Dublin: Health Service Executive (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/>, consulté le 28 janvier 2021).

⁴⁶ Implementation progress reports. Dublin: Health Service Executive (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/strategy-implementation/implementation-progress-reports/>, consulté le 28 janvier 2021).

CONSEILS POUR LA MISE EN ŒUVRE⁴⁷

Tableau 10. Conseils pour la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation

Problèmes	Conseils
Absence de planification	<ul style="list-style-type: none"> Le suivi et l'évaluation devraient être des éléments clés de la planification de départ et devraient être menés en même temps que les interventions sont mises en œuvre. Durant la planification, il est fondamental de définir les buts des interventions, les indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès et la manière dont ils peuvent être mesurés (voir l'annexe 3).
Données insuffisantes pour l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Faire du suivi et de l'évaluation un objectif majeur de LIVE LIFE. À la lumière de l'analyse de situation dressant l'état des lieux des données sur le suicide, élaborer un plan en vue d'améliorer la disponibilité, l'exhaustivité et la qualité des données. Produire des rapports d'avancement réguliers dans le cadre des processus de financement des interventions. Mettre en place et renforcer les systèmes de surveillance du suicide et de l'autodestruction (voir la section Surveillance).
Absence de financements et de ressources	<ul style="list-style-type: none"> Souligner l'importance d'un suivi et d'une évaluation efficaces dans les échanges avec les principaux acteurs concernés au sujet de la prévention du suicide. Intégrer les fonds et ressources requis pour le suivi et l'évaluation dans la planification de toutes les activités de planification. Collaborer avec les établissements universitaires pouvant avoir accès aux données ou pouvant aider à la collecte des données, aux travaux de recherche, à l'analyse et à l'interprétation.
Manque de capacités (les personnes travaillant sur la prévention du suicide peuvent ne pas posséder l'expérience/les connaissances voulues en matière de suivi et d'évaluation).	<ul style="list-style-type: none"> Mettre à contribution des personnes ayant l'expérience du suivi, de l'évaluation et de la planification de la collecte des données (comme des experts en santé publique ou en développement communautaire), particulièrement dans la définition des indicateurs pouvant être mesurés.

⁴⁶ Implementation progress reports. Dublin: Health Service Executive (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/strategy-implementation/implementation-progress-reports/>, consulté le 28 janvier 202).

⁴⁷ Further challenges and recommendations specific to different types of intervention are discussed here (<http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/ChallengesRecommendationsEvaluatingSPPPrograms.pdf>, consulté le 28 janvier 202).

PARTIE B.

LIVE LIFE : INTERVENTIONS CLÉS EFFICACES POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Les sections ci-après présentent les quatre grandes interventions fondées sur des bases factuelles en matière de prévention du suicide:^{48, 49}



Limiter l'accès aux moyens de suicide.



Collaborer avec les médias pour une couverture responsable du suicide.



Favoriser l'acquisition de compétences sociales et émotionnelles chez les adolescents.



Identifier très tôt, évaluer, prendre en charge et suivre toute personne manifestant des comportements suicidaires.

Les piliers fondateurs transversaux doivent être mis en place parallèlement pour mettre en œuvre ces interventions (LIFE).

⁴⁸ Evidence-based recommendations for management of self-harm and suicide in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/en/, consulté le 28 janvier 2021).

⁴⁹ Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>, consulté le 28 janvier 2021).



© WHO / Simon Lim



LIMITER L'ACCÈS AUX MOYENS DE SUICIDE

QUOI ?

Limiter l'accès aux moyens létaux est une intervention universelle clé fondée sur l'expérience en matière de prévention du suicide. La limitation de l'accès aux moyens létaux signifie :

- limiter l'accès aux moyens de suicide (par exemple, limiter, interdire ou réglementer l'accès aux moyens létaux au moyen de la législation et des politiques nationales) en :
 - » interdisant l'utilisation de pesticides hautement toxiques et extrêmement dangereux, comme l'ont fait avec succès le Bangladesh, Taiwan (Chine), la Jordanie, la République de Corée et le Sri Lanka (Gunnell et al., 2017) et l'Inde (Bonvoisin et al., 2020) ;
 - » limitant et réglementant l'accès aux armes à feu, comme c'est le cas en Australie (Chapman et al., 2006), en Israël (Lubin et al., 2010), en Suisse (Reisch et al., 2013) et au Royaume-Uni (Haw et al., 2004) ;
 - » installant des barrières à des endroits d'où les gens peuvent sauter, tels que les ponts et les stations ferroviaires, comme a réussi à le faire l'Australie au Gateway Bridge où des barrières ont été installées (Law et al., 2014) et la République de Corée qui a installé des écrans dans les stations de métro (Chung et al., 2016) ;
 - » limitant l'accès aux liens ou en modifiant les points de ligature dans les lieux de détention ou autres établissements institutionnels (par exemple, prisons, unités de santé mentale) ; et en
 - » limitant la prescription de médicaments très toxiques, particulièrement ceux pour lesquels il existe des

produits de substitution moins risqués (comme les barbituriques [Oliver & Hetzel, 1972] et le co-proxamol [Hawton et al., 2009]).

- réduire la disponibilité des moyens létaux en :
 - » limitant les ventes aux individus des médicaments et autres substances nocives, par exemple en réduisant la taille des emballages des médicaments et en utilisant le conditionnement sous plaquettes thermoformées qui complique l'accès à chaque comprimé, comme l'a fait avec succès le Royaume-Uni (Hawton et al., 2001).
- réduire la létalité des moyens de suicide (notamment en rendant des produits de substitution plus disponibles) en :
 - » introduisant dans les ménages le gaz naturel qui contient du monoxyde de carbone moins nocif que dans le charbon, comme l'a fait le Royaume-Uni (Kreitman, 1976) ;
 - » réduire la létalité des pesticides.
- augmenter la disponibilité et l'efficacité des antidotes et améliorer la prise en charge clinique à la suite d'un empoisonnement ou d'une blessure graves causés par les moyens de suicide courants (WHO, 2008a).

L'élimination totale d'un moyen de suicide aura des répercussions très importantes, bien que les acteurs concernés puissent opposer la plus grosse résistance.



Pour être efficace, la limitation de l'accès aux moyens létaux devrait viser principalement les méthodes de suicide qui :

- » causent le plus de décès ou ont un taux de létalité élevé (les moyens les plus létaux) ;
- » et les plus couramment utilisés.

Il faudrait penser à privilégier les moyens au taux de létalité le plus élevé, l'élimination de moyens courants moins létaux pouvant pousser les individus à se tourner vers des moyens plus létaux.

Les méthodes varieront en fonction de l'emplacement géographique et d'un groupe sociodémographique à l'autre (par exemple, urbain/rural, âge, sexe) et peuvent évoluer avec le temps. La surveillance est indispensable pour mettre en lumière les moyens utilisés par la population ou les sous-populations ainsi que tout moyen nouveau. Une analyse de situation peut d'abord être réalisée à cet effet (voir la section [Analyse de situation](#)).

Cette section s'appuie sur l'exemple des pesticides qui, d'après les estimations, sont responsables d'un cinquième de l'ensemble des suicides dans le monde, particulièrement dans les pays où la population rurale et l'activité agricole sont prépondérants (Mew et al., 2017). L'on estime que les pesticides ont causé le décès prématuré de pas moins de 14 millions de personnes depuis leur introduction dans les communautés rurales pauvres à la faveur de la révolution verte dans le domaine agricole (Karunarathne et al., 2020). Le niveau de toxicité varie considérablement d'un pesticide à l'autre, certains étant fortement toxiques lorsqu'ils sont ingérés, tandis que d'autres seront vraisemblablement moins létaux. L'intervention est censée viser les pesticides très dangereux hautement nocifs, c'est-à-dire les plus dangereux pour la santé, et non pas limiter l'accès à tous les pesticides utilisés en agriculture.

Les principales mesures visent notamment à proscrire la vente et l'utilisation des pesticides hautement toxiques très dangereux tout en facilitant l'utilisation de produits de substitution moins risqués, comme les pesticides organiques/non chimiques ; à intensifier la recherche sur des produits de substitution moins dangereux ; à renforcer la réglementation des produits ; et à encourager l'élimination efficace des produits dangereux (Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) & WHO, 2016; WHO & FAO, 2019). Les mesures visant à assurer le stockage dans des conditions de sécurité idoines, comme les boîtes à clé domestiques et les dispositifs de stockage communautaires, n'ont pas clairement montré leur efficacité (Pearson et al., 2017; Reifels et al., 2019).

POURQUOI ?

L'OMS préconise l'interdiction au niveau national des pesticides très dangereux comme étant une intervention à la fois économique et efficace permettant de réduire la mortalité par suicide dans les pays où les pesticides sont un moyen courant d'autodestruction et de suicide (WHO, 2021). La réduction estimée de la mortalité par suicide après l'interdiction des pesticides très dangereux équivaut à une avancée de 20 % vers la réalisation de la cible 3.4 des objectifs de développement durable des Nations Unies (Lee et al., 2020).

Limiter l'accès aux moyens létaux non seulement réduit le suicide lié à ces moyens, mais aussi réduirait les taux globaux du suicide dans certains pays (donnant à penser que la substitution des méthodes de suicide n'a aucune incidence sur la réduction de base, les individus se tournant vers des moyens moins létaux). La plupart des personnes développant un comportement suicidaire sont mus par des sentiments ambivalents, faits du désir de vivre et de mourir, et de nombreux suicides surviennent sous l'impulsion du moment, en réaction à un stress aigu (souvent après moins de 30 minutes de réflexion). En rendant les moyens de se suicider moins facilement accessibles, on donne aux personnes en détresse le temps de laisser passer les crises aiguës sans poser d'acte fatal. Une tentative de suicide peut permettre aux autres de prendre conscience pour la première fois de la détresse d'une personne, et le fait d'en réchapper permet à cette personne de recevoir de l'aide. Retirer les pesticides hautement toxiques des pratiques agricoles (de sorte que les individus ingèrent des pesticides beaucoup moins nocifs) et améliorer la prise en charge clinique de l'ingestion de pesticide réduisent le nombre de cas fatals, quel que soit le degré de volonté suicidaire.

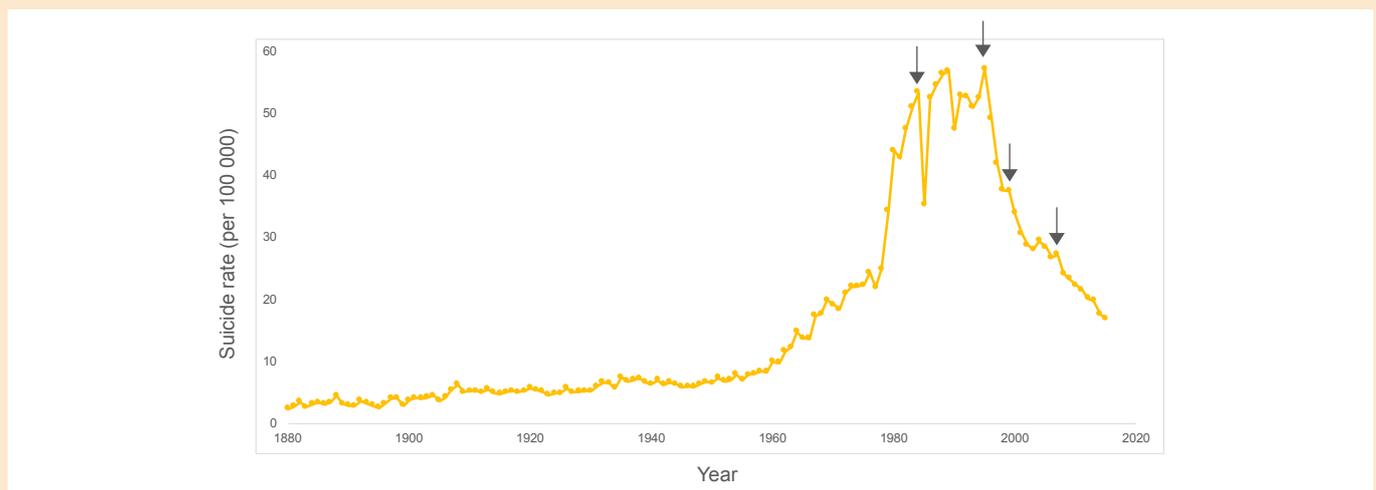
Encadré 32. Interdiction des pesticides très dangereux, Sri Lanka

En 1980, le Sri Lanka enregistrait déjà l'un des taux de suicide les plus élevés au monde, principalement par ingestion de pesticides. Le responsable du registre des pesticides d'alors a pris conscience du problème et en 1983, face à la faiblesse des ressources, il a d'abord mis l'accent sur la prévention, interdisant les deux principaux pesticides utilisés pour l'autodestruction, le parathion et parathion méthyl des insecticides organophosphorés. Dix



ans plus tard, le registraire a proscrit les autres pesticides extrêmement dangereux de la classe I de l'OMS, particulièrement le monocrotophos et le méthamidophos, ce qui a entraîné une baisse sensible du nombre total de suicides à partir de 1995. Au cours des 20 ans qui ont suivi, l'interdiction supplémentaire en 2008–2011 du paraquat et de deux autres insecticides organophosphorés, a fait tomber le taux annuel global de suicides de 57 pour 100 000 personnes âgées de plus de 8 ans en 1995 à 17 pour 100 000 personnes en 2016, soit une réduction de 70 %. L'on estime que ces interdictions ont sauvé 93 000 vies pour un coût direct de 50 dollars par vie sauvée pour l'État (Knipe, Gunnell & Eddleston, 2017) sans compromettre la production agricole (Manuweera et al., 2008). La substitution des méthodes a été moyenne (Gunnell et al., 2007). L'intérêt marqué du Président du pays pour ce problème, qui a été déterminant pour la collaboration inter-institutions et la viabilité du programme, a positivement influencé ces activités, de même que les interactions dynamiques entre les régulateurs, les chercheurs, les services de vulgarisation agricole et sectoriels (Pearson, Anthony, & Buckley, 2010; Pearson et al., 2015). Des efforts ont été faits pour traiter le suicide comme un problème d'intérêt national à la solution duquel les acteurs du secteur d'activité pouvaient contribuer. La transparence, l'ouverture, la cohérence, la prévisibilité et l'inclusion ont été les éléments clés de la mobilisation des acteurs concernés. Depuis 1983, le processus et les mécanismes employés pour réussir sont itératifs, évoluant avec le temps après chaque interdiction couronnée de succès.

Figure 2. Incidence du suicide au Sri Lanka, 1880–2015



Les flèches descendantes indiquent les dates d'interdiction des pesticides (1984 : parathion, methylparathion ; 1995 : tous les autres pesticides de la classe I de l'OMS, notamment le méthamidophos et le monocrotophos ; 1998 : endosulfan ; 2008 : diméthoate, fenthion, paraquat). Données sur le suicide tirées des archives de la police.

Source : Knipe, Gunnell & Eddleston, 2017.

OÙ ?

Une réponse à l'échelle nationale est essentielle pour une réglementation efficace de moyens létaux comme les pesticides, particulièrement dans les pays où le nombre de suicides par les pesticides est élevé. Il peut aussi s'avérer nécessaire de collaborer au niveau régional pour appliquer des réglementations régionales et trouver des solutions efficaces visant à protéger les cultures dans les pays menant des activités agricoles similaires.

QUAND ?

Lorsque l'empoisonnement aux pesticides apparaît comme l'une des méthodes les plus courantes ou les plus létales de suicide - à la suite d'une analyse de situation, de la surveillance ou de toute autre étude nationale - il est indispensable d'assurer un suivi systématique pour déceler les changements ou les évolutions dans le temps, ce qui signifie déterminer quels pesticides sont utilisés et dans quelles communautés.



QUI ?

La limitation de l'accès aux pesticides nécessite une collaboration multisectorielle entre toutes les parties prenantes concernées, notamment les ministères de la santé, le secteur agricole, les organismes de réglementation et d'enregistrement. La limitation de l'accès aux moyens létaux peut être jugée intrusive par les acteurs des communautés agricoles. La collaboration avec les chefs de la communauté (agricole) et leur appui sont essentiels pour renforcer l'adhésion, mieux faire prendre conscience des problèmes associés aux substances extrêmement toxiques et améliorer la disponibilité et les bienfaits de produits de substitution moins dangereux. Les médias peuvent contribuer dans une mesure importante à la sensibilisation et en traitant le sujet de façon responsable pour limiter les effets de contagion (voir la section [Collaborer avec les médias pour une couverture responsable du suicide](#)).

Le même principe d'une approche nationale multisectorielle s'applique aux autres moyens de suicide (par exemple, le secteur des transports et la nécessité d'installer des barrières). Les communautés peuvent contribuer à plaider en faveur de la limitation de moyens létaux ayant sévi dans une communauté locale. La limitation de l'accès aux moyens de suicide à l'échelle communautaire est aussi envisageable lorsque cette solution est possible et efficace (par exemple, l'application locale des interdictions nationales). Au niveau personnel, on peut demander aux membres de la famille de retirer les moyens de suicide (par exemple, les pesticides, les armes à feu, les couteaux, les médicaments) d'un foyer où une personne présente un risque de suicide.

COMMENT ?

1. Réunir un groupe de travail [voir [Encadré 1, Introduction](#)]

- Constituer le groupe (voir Qui ci-dessus).

2. Déterminer les moyens de suicide les plus courants et les plus létaux au sein d'une population

- Déterminer par la surveillance, le suivi ou les études existantes les moyens les plus courants et les plus létaux de suicide et de tentatives de suicide dans une population.
- Comprendre s'il existe des différences entre les divers groupes sociodémographiques (par exemple, entre milieu rural et milieu urbain).

- S'agissant des pesticides, déterminer lesquels causent le plus de décès. Il peut être difficile de l'établir à partir des dossiers médicaux, d'où la nécessité de mener des enquêtes ciblant les décès par suicide ou les cas d'empoisonnement aux pesticides se présentant à des établissements hospitaliers. Lorsque cela est possible, collaborer avec des laboratoires de toxicologie judiciaire permettra de mettre en évidence les pesticides les plus importants afin d'en limiter l'accès.
- Il est important de limiter en priorité l'accès aux moyens létaux, car il existe un risque potentiel que la limitation de l'accès à des méthodes courantes faiblement létales poussent les personnes à se tourner vers d'autres moyens plus létaux.

3. Collaborer avec les secteurs publics compétents et d'autres acteurs concernés par les moyens de suicide

- Pour limiter l'accès aux moyens de suicide, il faudra collaborer avec les secteurs concernés par la méthode identifiée au point 2 ci-dessus.
- Dans le cas des pesticides, il s'agira des secteurs sanitaires et agricoles ainsi que des organismes de réglementation/d'enregistrement des pesticides.
- Utiliser les données pour sensibiliser le secteur concerné (par exemple, le nombre de décès par suicide ou le nombre de tentatives de suicide à l'aide de pesticides).
- Avoir conscience des intérêts divers des acteurs du secteur des pesticides et des utilisateurs des pesticides (WHO & FAO, 2019).
- S'attendre à mener des activités de plaidoyer pendant un certain temps.
- S'assurer que la discussion est bidirectionnelle : mieux cerner les préoccupations que peuvent avoir le secteur ou les acteurs concernés si des mesures ne sont pas prises pour proscrire les pesticides extrêmement dangereux. Utiliser ces informations pour calibrer les activités de plaidoyer. Par exemple :
 - » S'il existe des craintes que le changement de pesticides n'entraîne une diminution de la production agricole, présenter les éléments attestant le contraire et recenser d'autres méthodes agricoles de protection des cultures (Gunnell et al., 2017; Manuweera et al., 2008) ;
 - » Attirer l'attention de l'ensemble du pays sur le problème en collaborant avec les médias pour susciter des activités de plaidoyer sous la pression du grand public.



- Pour les autres méthodes de suicide, penser aux acteurs suivants :
 - » (pour les armes à feu) les législateurs, les vendeurs d'armes à feu en détail, les lieux ou professions employant les armes à feu (par exemple, les stands de tir, les services de l'armée, les services de police) ;
 - » (pour les médicaments ou substances toxiques) les organismes de réglementation, les responsables de la distribution ou de la prescription des médicaments, le ministère s'occupant des combustibles toxiques comme certains gaz. Il importe aussi de réfléchir à la réglementation de la vente (en ligne) de ces produits ;
 - » (pour les lieux d'où l'on peut se jeter comme les ponts, les gratte-ciel, les voies ferrées, le métro) les ministères et organismes des transports et du bâtiment ;
 - » (pour les liens/points de ligature) le ministère de la justice, les prisons et centres de détention et les institutions (comme les établissements de soins au long cours).

4. Convenir des mesures politiques ou législatives nécessaires pour interdire ou limiter l'accès aux moyens de suicide

- Pour les pesticides, il peut s'agir notamment des mesures suivantes :
 - » recensement des pesticides extrêmement dangereux à retirer après passage en revue des produits actuellement en circulation (FAO & WHO, 2016) ;
 - » mesures réglementaires visant à proscrire la vente et l'utilisation de pesticides hautement toxiques extrêmement dangereux, notamment l'imposition d'amendes pour l'importation de pesticides létaux et la violation de la réglementation en matière de pesticides ;
 - » évaluations des risques en vue de l'enregistrement de produits nouveaux ;
 - » renforcement de l'inspection et du contrôle de l'utilisation des pesticides ;
 - » facilitation de l'enregistrement et de l'utilisation des pesticides à faible risque ;
 - » augmentation des financements et multiplication des possibilités de recherche sur des produits de substitution moins dangereux ; et
 - » appui à l'agriculture et l'agro-écologie sans pesticides.
- Il faudrait aussi tenir compte de l'acceptabilité des décisions politiques et prendre des mesures pour renforcer le soutien du public. Par exemple, dans

le cas des pesticides, il faudrait collaborer avec les acteurs concernés (agriculteurs/vendeurs de pesticides au détail) pour mieux faire prendre conscience de la nécessité d'adopter une réglementation ainsi que des produits de substitution viables.

5. Convenir des mesures communautaires indispensables pour limiter l'accès aux moyens de suicide

- Il faudra collaborer avec les autorités locales pour suivre et faire appliquer les réglementations et politiques nationales.
- En ce qui concerne les pesticides, cela peut demander de collaborer avec les autorités agricoles locales (particulièrement les services de vulgarisation agricole) pour renforcer les inspections et les contrôles, et de travailler étroitement avec les agriculteurs et les vendeurs de pesticides au détail pour les sensibiliser au retrait des produits et aux avantages de l'utilisation de produits de substitution.
- Veiller à l'existence de capacités dans le secteur de la santé ainsi que d'orientations pour la prise en charge clinique et la notification des cas d'empoisonnement aux pesticides (WHO, 2008).

6. Mesurer l'efficacité des initiatives (voir la section [Suivi et évaluation](#))

- Suivre les effets de la limitation de l'accès aux moyens létaux sur les taux du suicide, analyser les informations recueillies lors des inspections et programmer des revues régulières des initiatives avec les partenaires à l'échelle nationale et locale. Plus particulièrement, trouver une méthode de substitution aux méthodes les plus létales ou déterminer les pesticides causant la plupart des décès qu'il faut changer.
- Utiliser les enseignements tirés pour guider les changements supplémentaires pouvant être apportés aux politiques publiques et initiatives locales. Par exemple, si les inspections révèlent que des pesticides interdits sont toujours utilisés, des groupes thématiques pourraient être formés pour trouver des explications à cette situation et élaborer des solutions plus efficaces.
- Les évaluations peuvent être communiquées aux acteurs concernés afin d'encourager le renforcement de la limitation de l'accès aux moyens létaux et l'application des enseignements tirés.



7. S'assurer qu'une bonne surveillance est en place pour évaluer les évolutions concernant les moyens létaux et le suicide

- Il est important de veiller à assurer le suivi permanent des méthodes de suicide et des tentatives de suicide et de garantir que les interventions répondent à l'évolution du profil des moyens de suicide.

Encadré 33. Une «success story», République de Corée

La mortalité par suicide en République de Corée est élevée par rapport aux autres pays à revenu élevé et aux pays de la Région OMS du Pacifique occidental en général. Les suicides aux pesticides étaient responsables de près d'un cinquième de tous les suicides en République de Corée durant la période de 2006 à 2010. Les efforts engagés dans le pays avant 2011 pour contrôler les pesticides et atténuer leurs effets nocifs n'ont eu aucune incidence significative, les pesticides responsables de la majorité des décès n'étant pas contrôlés comme il convient.

En 2011, la République de Corée a promulgué la loi sur la prévention du suicide, annulant le re-enregistrement du paraquat et interdisant sa vente en 2012. Ces mesures ont entraîné une baisse immédiate et claire des suicides par empoisonnement aux pesticides et contribué à la diminution globale des taux de suicide. Il est apparu que l'intervention a réduit les taux de suicide parmi tous les groupes de population, notamment les hommes, les femmes, toutes les tranches d'âge et les personnes vivant aussi bien en milieu rural qu'en zone urbaine.

Plus de la moitié de la réduction globale du taux de suicide entre 2011 et 2013 serait imputable à l'interdiction du paraquat. Il importe de noter que celle-ci n'a eu aucune répercussion sur le rendement agricole. Vu l'ampleur des suicides par empoisonnement aux pesticides à travers le monde, des dizaines de milliers de vies pourraient être sauvées chaque année si une réglementation efficace des pesticides était appliquée dans le monde entier. Un accès plus sûr aux pesticides passera par une approche intersectorielle, notamment l'interdiction des pesticides et d'autres politiques connexes, et des interventions communautaires, de meilleurs soins de santé et des activités de formation et de surveillance. L'approche concluante adoptée par la République de Corée est un modèle encourageant pour d'autres pays désireux de réduire les décès par suicide.



CONSEILS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 71. Conseils pour l'application de la limitation de l'accès aux moyens de suicide

Problèmes	Conseil
<p>Les acteurs concernés peuvent répugner à investir dans la limitation de l'accès aux moyens létaux, inquiets que les individus se tournent vers d'autres méthodes et persuadés que les personnes déterminées à se suicider ne peuvent pas être dissuadées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partager les données factuelles avec les acteurs concernés : <ul style="list-style-type: none"> » leur dire que la limitation de l'accès à une méthode de suicide n'entraîne pas inévitablement une augmentation du recours aux autres méthodes (Yip et al., 2012). » Dans les cas où des produits de substitution ont été introduits, il est souvent apparu que les individus utilisent des pesticides moins toxiques, entraînant une baisse des taux de létalité et du nombre total de suicides (Gunnell et al., 2007). » La plupart des personnes manifestant des comportements suicidaires ont des sentiments ambivalents, faits du désir de vivre et de mourir. Limiter l'accès aux moyens létaux peut donner le temps à la crise aiguë de passer avant qu'un acte fatal ne soit posé.
<p>Réticence des acteurs concernés en raison de la commodité/des incidences financières de la limitation de l'accès aux moyens de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mieux faire connaître les problèmes associés à des moyens spécifiques par l'éducation et apaiser les craintes. Par exemple, sensibiliser les acteurs concernés aux avantages des produits de substitution moins dangereux et montrer que l'utilisation de ces produits n'a aucun effet négatif sur le rendement des cultures (WHO, FAO 2019).
<p>L'ingestion de pesticides est l'une des principales méthodes de suicide ; mais dans de nombreux contextes, elle reste ignorée et aucune mesure ou presque n'est prise.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager les centres antipoison existants à partager les données sur les cas d'empoisonnement volontaire aux pesticides afin de déterminer l'ampleur du problème. • Suivre l'utilisation des pesticides dans les suicides et les tentatives de suicide pour comprendre le problème ; impliquer les organismes de réglementation et les secteurs publics concernés (par exemple, l'agriculture) dans la réglementation nationale de l'accès aux pesticides. • Organiser une campagne de sensibilisation et de plaidoyer solide à l'intention des acteurs concernés par les moyens de suicide. • Dépénaliser le suicide et les tentatives de suicide pour lever les freins à la déclaration des cas d'empoisonnement liés au suicide ou à des tentatives de suicide.
<p>La limitation de l'accès aux moyens de suicide les plus courants n'est pas chose aisée (notamment, la pendaison à l'extérieur d'établissements institutionnels clos dans la communauté ; l'auto-immolation).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à poursuivre les efforts visant à limiter l'accès aux moyens de suicide dans les établissements institutionnels ; réduire les possibilités d'imitation de ces moyens en collaborant avec les médias (pour expurger les reportages sur les suicides de toute description de la méthode utilisée) ; améliorer les capacités en vue de la prise en charge clinique des cas de quasi pendaison ou de brûlure ; améliorer la recherche de l'aide dans la communauté (Gunnell et al., 2005) ; améliorer la détection précoce des personnes susceptibles de se suicider (voir la section Identifier très tôt, évaluer, prendre en charge et suivre).
<p>Une mauvaise collecte des données peut freiner les initiatives devant permettre de mettre en évidence les moyens de suicide sur lesquels les interventions doivent être centrées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place ou renforcer des systèmes de surveillance du suicide et de l'autodestruction qui enregistrent avec précision la méthode utilisée et de façon aussi ponctuelle que possible. Cela peut demander de l'éducation pour encourager à notifier les suicides et les tentatives de suicide.



© WHO / Christopher Black



COLLABORER AVEC LES MÉDIAS POUR UNE COUVERTURE RESPONSABLE DU SUICIDE

QUOI ?

Il est établi que le traitement médiatique du suicide peut entraîner la recrudescence du suicide par un effet de mimétisme, particulièrement dans les cas de suicide de personnes célèbres ou lorsque les méthodes de suicides sont décrites (Niederkröthaler et al., 2020). En revanche, les récits décrivant la recherche de l'aide dans des situations difficiles et contenant des informations sur les sources d'aide contribuent à prévenir le suicide (Niederkröthaler et al., 2014). Les médias (journalistes, cinéastes, par exemple) influencent fortement l'opinion publique et les attitudes et sont des acteurs importants de la sensibilisation et de la réduction de la stigmatisation rattachée au suicide. Travailler avec les médias peut signifier collaborer avec eux dans l'élaboration d'un guide (comme ce fut le cas récemment en Inde ; Vijayakumar, 2019) et la réglementation de la couverture médiatique responsable du suicide. Pour ce faire, il peut être nécessaire de mettre à contribution le secteur des technologies pour trouver les articles ne respectant pas le guide en matière de couverture.⁵⁰ Les interactions consisteront, entre autres, à renforcer la capacité des professionnels des médias à faire une couverture responsable des faits suicidaires. Elles peuvent aussi porter sur l'élaboration de politiques en vue du suivi des contenus utilisateur sur les plateformes numériques des médias.

Encadré 34. Surveillance des médias, Lituanie

La surveillance des médias vise principalement à parvenir à avoir avec ces derniers la même compréhension de la couverture responsable des suicides et des tentatives de suicide. Chaque jour, le Bureau de la prévention du suicide examine près de 700 articles sur des suicides ou tentatives de suicide sur les médias en ligne. Pour ce faire, le personnel utilise des mots clés choisis avec soin ainsi qu'un moteur de recherche. Les titres, textes, vidéos et photos sont ensuite analysés. L'analyse s'appuie sur le livret des ressources de l'OMS à l'intention des professionnels des médias (WHO, 2017) et les orientations de l'association lituanienne des psychologues. Lorsque la publication enfreint les dispositions du Code de déontologie relatif à l'information du public, le rédacteur en chef du média en ligne est contacté pour qu'il corrige la publication. Le Bureau de la prévention du suicide propose aussi des petits séminaires aux professionnels des médias sur le traitement responsable du suicide et des tentatives de suicide.

POURQUOI ?

La diffusion répétée de reportages sur des suicides de personnalités présentés sous un jour séduisant, pouvant contenir la description détaillée du suicide et une représentation fictive du suicide éloignée de la réalité, a une incidence sur les taux de suicide (WHO, 2017).

⁵⁰ See the beta version of a data science tool developed to screen text automatically for its adherence to reporting guidelines for suicide (<https://reportingonsuicide.cisco.com>, consulté le 28 janvier 2021).

De tels reportages n'aident pas le public à comprendre le suicide, nuisant ainsi à l'efficacité des efforts de prévention. Parce que les médias numériques sont de plus en plus utilisés, il est de plus en plus difficile de maîtriser ces problèmes, l'information pouvant se propager très rapidement entre les utilisateurs. Toutefois, le traitement du suicide suivant les orientations données aux médias semblent pouvoir contribuer à prévenir le suicide.

OÙ ?

La collaboration avec les médias devrait se faire dans l'idéal avec un média d'envergure nationale, organismes de réglementation des médias compris. Au cas où cette première démarche n'est pas possible, la collaboration peut se faire avec des organes de presse locaux ou plus spécialisés pouvant avoir accès à des groupes géographiques ou sociodémographiques particuliers. Dans le cas des médias transnationaux, comme les réseaux sociaux ou les chaînes d'actualité numérique, il peut s'avérer nécessaire de collaborer tant avec le siège (niveau international) qu'au niveau national pour promouvoir plus facilement une approche nationale de la gestion des contenus en ligne traitant du suicide. Il est aussi indispensable de collaborer dans les secteurs du théâtre et du cinéma.

QUAND ?

La collaboration avec les médias peut débuter à tout moment. Elle peut s'enclencher à la suite d'un reportage préjudiciable appelant une réaction. Mais il serait préférable que la collaboration soit anticipée, de façon à éviter ce type de reportages. Etablir de bonnes relations avec les intervenants du monde des médias, par exemple en les impliquant activement dans la sensibilisation, peut contribuer à créer un climat plus convivial en amont des formations ou de l'élaboration des politiques sur la couverture médiatique responsable et la surveillance des médias. La formation peut intervenir à des moments stratégiques, comme pendant le programme de formation des professionnels des médias ou au début de cycles de recrutement fixes. Des occasions comme la Journée mondiale de prévention du suicide et la Journée mondiale de la santé mentale peuvent servir de prétexte pour mettre en relief la prévention du suicide.

QUI ?

Ces activités demandent la collaboration de nombreux intervenants. Au niveau national, la dynamique peut être impulsée par la collaboration entre le Ministère de la santé et les administrations chargées des médias, les organes de presse nationaux, les organismes de réglementation des médias (par exemple, le médiateur pour la presse) et les organes de presse transnationaux comme les sociétés des réseaux sociaux. Dans la communauté, l'impulsion peut aussi venir de partenaires s'intéressant à la prévention du suicide (et qui auraient l'habitude de travailler avec les médias ou entretiendraient des liens avec ceux-ci). L'action des ONG peut être déterminante dans la collaboration avec les médias. Par exemple, les Samaritans (Royaume-Uni) et SAVE (Etats-Unis) ont élaboré un guide pratique à l'intention des médias et une formation sur le traitement responsable du suicide, en plus de prodiguer des conseils aux journalistes faisant des articles sur le suicide.^{51, 52, 53}



© WHO / Mukhsindzhon Abidzhanov

⁵¹ Guest Blog: Samaritans Media Advisory Service and guidelines. London: Independent Press Standards Organisation (<https://www.ipso.co.uk/news-press-releases/blog/guest-blog-samaritans-media-advisory-service-and-guidelines/>, consulté le 28 janvier 2021).

⁵² Samaritans' media guidelines. Epsom: UK Samaritans (<https://www.samaritans.org/about-samaritans/media-guidelines/>, consulté le 28 janvier 2021).

⁵³ Journalist and media training. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) (<https://save.org/what-we-do/training/journalists-and-media/>, consulté le 28 janvier 2021).



Encadré 35. Le Prix Papageno aux médias, Autriche

La diffusion et l'application des orientations sur la couverture médiatique du suicide sont concluantes en matière de prévention du suicide, aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale. Cependant, il est aussi apparu qu'une certaine forme de traitement médiatique non seulement décourage les suicides mimétiques («l'effet Werther»), mais peut aussi avoir un effet préventif général sur le suicide («l'effet Papageno»). L'effet Papageno renvoie au personnage Papageno de l'opéra de Mozart «la flûte enchantée». Dans l'opéra, Papageno a pu transcender ses idées suicidaires grâce à l'aide d'autres personnes. En 2012, le Conseil de la presse autrichienne a introduit le traitement journalistique préventif du suicide dans son code de déontologie. Les articles qui ne font pas un traitement responsable du suicide reçoivent les avertissements du Conseil national de la presse. Pour assurer une meilleure diffusion du guide pratique à l'intention des médias et encourager le traitement préventif du suicide par la presse en Autriche, en 2019 le Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé, des soins et de la protection des consommateurs a institué, en collaboration avec l'Austrian Society for Suicide Prevention, le Wiener Werkstätte for Suicide Research et le Kriseninterventionszentrum – le Prix Papageno récompensant les médias.⁵⁴ Chaque année, un lauréat est choisi parmi un ensemble de journalistes professionnels de la presse écrite et numérique autrichienne. Les articles sont jugés sur leur traitement positif du suicide conformément au guide pratique ainsi que sur des critères journalistiques (par exemple, la qualité de l'écriture elle-même). La bonne collaboration avec les médias transparait dans le processus de sélection du lauréat qui est élu par un jury composé de cinq journalistes (désignés par le Conseil de la presse/le syndicat des journalistes/le Pressclub Concordia/l'association des journaux autrichiens) et cinq spécialistes de la prévention du suicide. L'on compte parmi ces spécialistes des personnes dont l'expertise découle de l'expérience vécue et de la perte d'un proche (désignées par le Conseil consultatif du programme national de prévention du suicide en Autriche (SUPRA) qui attribue le Prix Papageno aux médias. En 2020, le Prix Papageno récompensant les médias pour le traitement préventif du suicide a été décerné le 10 septembre par le ministre fédéral à Ursula Theirezbacher de l'ORF (the Austrian Broadcasting Corporation) pour son récit sur la suicidalité dans l'émission *Journal Panorama*.

COMMENT ?

1. Réunir un groupe de travail [voir Encadré 1, Introduction]

- Constituer le groupe (voir [Qui ci-dessus](#)).

2. S'employer à comprendre les reportages journalistiques et les cadres de réglementation des médias actuels

- Évaluer la couverture actuelle des suicides par les médias et trouver des exemples de traitement responsable et des exemples de traitement problématique nécessitant des mesures.
- Recenser les politiques et guides existants ou les possibilités de formation sur le traitement journalistique responsable du suicide à la disposition des professionnels des médias (si cela n'a pas déjà été fait dans l'analyse de situation).
- Si aucun de ces éléments n'est particulièrement disponible, déterminer si des politiques, des formations ou des guides nouveaux sont nécessaires ou s'ils peuvent être intégrés aux pratiques existantes.

- Trouver s'il existe une réglementation éthique pour les médias et si elle couvre le traitement médiatique responsable du suicide. L'organisme chargé de la réglementation devrait être une partie prenante clé.

3. Rencontrer les organes de presse professionnels

- S'il n'est pas possible de rencontrer un organisme représentatif national ou régional, collaborer avec des organisations individuelles (par exemple une radio ou un journal écrit desservant une localité). Toutefois, il peut être utile de rencontrer premièrement plusieurs organes de presse (locaux) en groupe pour susciter un sentiment de responsabilité collective.
- Les médias transnationaux, notamment les réseaux sociaux numériques, peuvent être impliqués aux côtés des médias nationaux. Un dispositif de collaboration distinct peut devoir être mis en place pour eux, en fonction de leur statut juridique dans le pays.

⁵⁴ Prix Papageno récompensant les médias pour le traitement préventif du suicide. Vienna: Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection (<https://www.sozialministerium.at/Ministerium/Preise-und-Guetesiegel/Papageno-Medienpreis-fuer-suizidpraeventive-Berichterstattung.html>, consulté le 28 janvier 2021).



4. Faire comprendre l'importance d'un traitement journalistique responsable et discuter des initiatives de collaboration

- S'assurer que tous les acteurs concernés comprennent que la collaboration a pour objet de mettre en œuvre une intervention reposant sur des bases factuelles, la couverture médiatique responsable du suicide.
- L'un des sujets majeurs dont il faut absolument débattre concerne la nécessité de comprendre l'effet de contagion du traitement sensationnaliste des cas de suicide.
- S'assurer que l'information est adaptée aux acteurs des médias et fondée sur des données factuelles –utiliser par exemple les ressources existantes de l'OMS (WHO, 2017; WHO, 2019a).
- Décider des médias à privilégier, c'est-à-dire les médias d'information, les médias de divertissement ou les réseaux sociaux.

5. Convenir des stratégies qui seront utilisées pour renforcer le traitement médiatique responsable du suicide ; par exemple :

- Elaborer des politiques et des guides pratiques sur la couverture médiatique responsable, et aussi mettre en place un mécanisme de reddition des comptes pour surveiller et gérer les traitements problématiques.
- Collaborer pour la formation durable des professionnels des médias ou des élèves journalistes dans leurs cursus. Parler des effets d'une couverture médiatique sensationnaliste de faits suicidaires et donner des orientations pratiques sur le traitement responsable de ce sujet, en proposant des récits positifs sur les capacités d'adaptation et en donnant des informations sur les ressources et les lieux où les lecteurs/ téléspectateurs peuvent trouver de l'aide.
- Mettre en place un système de récompense des bonnes pratiques (par exemple, en proposant des personnes ou des organisations aux prix d'excellence de la couverture médiatique existants ou en créant de nouveaux modes de récompense).
- Accepter de fournir des ressources (par exemple, un kit d'information pour la presse) ou les coordonnées d'experts de la prévention du suicide que les professionnels de la presse couvrant un cas de suicide peuvent contacter.
- En ce qui concerne les réseaux sociaux, envisager :
 - » des politiques et mécanismes de gestion des contenus créés par les utilisateurs sur les réseaux sociaux et les médias numériques ;

- » des circuits d'orientation-recours ou l'accès à des ressources propres au contexte local des utilisateurs.
- D'autres aspects importants permettant de renforcer la collaboration avec les médias sont notamment les suivants :
 - » utiliser les médias lors des campagnes et cérémonies de sensibilisation et de plaidoyer (voir la section [Sensibilisation et plaidoyer](#)) ;
 - » apporter de l'aide aux professionnels de la presse qui auraient été touchés par le suicide.

6. Convenir d'un plan d'action

- Souligner les étapes nécessaires pour préparer et exécuter chaque activité. Convenir des partenaires qui seront chargés d'exécuter chacune des étapes du plan d'action.
- Songer à exécuter les différentes actions à des moments stratégiquement importants (par exemple, la formation pourrait être intégrée aux sessions d'information des nouveaux employés et des ateliers de recyclage pourraient se tenir à des intervalles réguliers).
- Convenir de la portée des activités. Par exemple, les activités pourraient être nationales, régionales ou viser un type de média particulier (l'ensemble de la presse écrite par exemple) ou une seule société de presse (par exemple, une radio locale).

7. Mettre en œuvre les initiatives et réaliser une évaluation

- Prévoir comment l'efficacité de chaque initiative sera évaluée à l'aide d'indicateurs pertinents (par exemple, évolution de la couverture sensationnaliste ou traitement responsable du suicide) (voir la section [Suivi et évaluation](#)).
- Dresser un calendrier pour passer en revue les formations, les guides pratiques et les politiques pour s'assurer qu'ils tiennent compte des recherches actuelles et rendent compte de la pratique.
- Appliquer un processus de suivi permettant de recueillir des informations sur le traitement approprié du suicide et faire en temps utile la critique constructive des représentations néfastes.
- Les évaluations peuvent être communiquées aux grands organes de presse afin d'encourager une plus grande adoption des initiatives et la mise en œuvre des enseignements tirés.



Encadré 36. Succès et difficultés de la mobilisation des médias, Malaisie

Le Ministère de la santé de la Malaisie a organisé un séminaire national et un atelier destiné aux professionnels de la presse lors de la célébration de la Journée mondiale de prévention du suicide en 2004 dont le thème était les médias comme partenaires dans le plaidoyer en faveur de la prévention du suicide. Le guide pratique sur le traitement médiatique du suicide a ainsi été élaboré, puis mis à jour en 2011. Cela dit, une analyse des journaux malaisiens a donné à penser que jusqu'en 2018, les médias n'appliquaient pas le guide pratique (Victor et al., 2019). Par conséquent, les efforts de sensibilisation au traitement médiatique responsable des cas de suicide engagés par les organisations gouvernementales, non gouvernementales et internationales - sous forme de débats publics, entretiens avec la presse, ateliers de renforcement des capacités et interactions avec les réseaux sociaux - se sont intensifiés au cours des deux dernières années. La participation des partenaires a été encourageante, bien qu'à des degrés divers au niveau régional et national. Pour y remédier, des efforts ont été faits pour briser les silos séparant les professionnels de la santé, des personnes ayant vécu cette expérience, les professionnels de la presse, les établissements universitaires et organismes de réglementation. D'autres évaluations doivent être menées pour déterminer le niveau d'application du guide par les médias et les effets sur le comportement suicidaire en Malaisie.

Encadré 37. Guide pratique à l'intention des médias, Trinité-et-Tobago

Le suicide est un problème de santé publique important à Trinité-et-Tobago. Dans le cadre de la stratégie de réduction des suicides dans le pays, le Ministère de la santé de Trinité-et-Tobago, en collaboration avec L'Organisation panaméricaine de la Santé/l'OMS, a tenu un atelier de sensibilisation avec les représentants des médias locaux. L'atelier a réuni les journalistes, les reporters, les rédacteurs en chef, les animateurs radio et les blogueurs, entre autres, dans un débat national sur le rôle des médias dans la prévention du suicide. Durant l'atelier, les experts ont partagé des données factuelles sur l'incidence des articles responsables et irresponsables sur le suicide et communiqué les bonnes pratiques concernant le traitement médiatique de la question. Une productrice chevronnée a affirmé que l'atelier lui avait appris que les médias ne devraient pas formuler d'hypothèses sur la cause du décès : « Nous devons présenter les faits et non spéculer, dramatiser... Indiquer aux gens qu'il y a des signes de comportement suicidaire et les aider à déceler ces signes et prodiguer des conseils sur la recherche de l'aide ».

Avec l'aide de l'Organisation panaméricaine de la Santé, le Ministère de la santé a élaboré un guide pratique contenant 11 meilleures pratiques en matière de couverture médiatique responsable des actes de suicide et d'autodestruction. Le projet de document a subi plusieurs cycles d'examen par les acteurs concernés, notamment un groupe d'experts internationaux, pour s'assurer qu'il est conforme aux meilleures pratiques et évaluer les chances qu'il soit respecté par les médias. Le guide pratique a été transmis aux acteurs concernés et de nouvelles observations ont été intégrées avant que le guide soit finalisé et diffusé.

Pour mesurer les effets du guide pratique, un cadre de suivi et évaluation a été élaboré pour déterminer dans quelle mesure les médias se conforment à ce guide. L'outil évalue le niveau d'application et relève les insuffisances ainsi que les possibilités d'amélioration. Il note tous les reportages traitant des cas de suicide accessibles en ligne (décès, tentatives de suicide, autodestruction, articles sur la prévention du suicide, etc.) par rapport au nombre de directives violées et au nombre d'informations utiles contenues dans le reportage, comme un numéro vert, une stratégie d'adaptation. Les organes de presse sont contactés en fonction de leur note et les lignes directrices leur sont rappelés et ils sont informés des ressources supplémentaires le cas échéant.

Aucune étude officielle n'a encore été menée sur les changements intervenus depuis la diffusion du guide pratique. On note toutefois une évolution sensible dans la teneur des articles, particulièrement en ce qui concerne le positionnement des récits et l'omission des détails les plus explicites du suicide. Un examen complet est prévu pour évaluer les changements qualitatifs et quantitatifs survenus depuis la mise à disposition du guide pratique. Cette démarche est indispensable pour évaluer le guide. Le meurtre-suicide, qui fait encore l'objet de temps à autre d'une couverture irresponsable, constitue un problème.



CONSEILS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 12. Conseils de mise en œuvre, interaction LIVE LIFE avec les médias

Problèmes	Conseils
Les titres à sensation profitent aux organes de presse, d'où le non-respect des lignes directrices convenues en matière de traitement responsable	<ul style="list-style-type: none"> Faire participer les acteurs concernés à des débats collaboratifs, non punitifs sur les implications éthiques et les responsabilités en ce qui concerne le traitement médiatique du suicide. Insister sur les éléments reliant le traitement médiatique au suicide. Mettre en évidence la préférence de l'audience pour la couverture non sensationnelle en faisant entendre des personnes ayant vécu l'expérience du suicide (la communauté des médias comprise). Proposer des exemples en amenant des personnes célèbres à partager le récit de leur victoire sur les problèmes de santé mentale/ les pensées suicidaires.
Manque d'appui structurel pour la couverture responsable (par exemple, délais courts ; changements apportés après la rédaction)	<ul style="list-style-type: none"> Collaborer avec les professionnels de la presse à tous les niveaux de l'organisation, notamment la direction et la rédaction. Promouvoir des champions de la prévention du suicide au sein des médias (par exemples, des journalistes ayant une expérience vécue). Renforcer le suivi de la couverture médiatique responsable et discuter de la réglementation avec les acteurs concernés.
Collaboration limitée entre les différents acteurs, particulièrement lorsque certains ayant des intérêts lucratifs peuvent être en concurrence	<ul style="list-style-type: none"> Se rencontrer régulièrement pour maintenir les relations et promouvoir un sentiment de responsabilité collective. Etablir des moyens de communication entre les différents acteurs entre deux réunions. Une fois les bonnes pratiques instaurées au sein d'une organisation, s'inspirer des enseignements tirés pour encourager des initiatives dans d'autres organisations cibles.
Difficultés de réglementation de contenus générés par le public (par exemple sur les réseaux sociaux).	<ul style="list-style-type: none"> Travailler avec les entreprises de réseaux sociaux pour les sensibiliser davantage et développer/améliorer les protocoles d'identification et de suppression des contenus préjudiciables. Créer des mécanismes de dénonciation publique des contenus préjudiciables (comme Stigma Watch⁵⁵).

⁵⁵ StigmaWatch, Sane Australia (<https://www.sane.org/get-involved/stigmawatch>, consulté le 28 janvier 2021).



© WHO / Tania Habjouqa



FAVORISER L'ACQUISITION DE COMPÉTENCES SOCIO-ÉMOTIONNELLES CHEZ LES ADOLESCENTS

QUOI ?

Pour la prévention du suicide chez les adolescents, le guide pratique de l'OMS intitulé WHO's *Helping adolescents thrive* (HAT) (WHO, 2020) et son ensemble d'interventions économiques et efficaces en santé mentale (WHO, 2021) recommande de former aux compétences socioémotionnelles dans les écoles. Le guide comprend une formation de sensibilisation à la santé mentale (connaissances en santé mentale) et une formation aux compétences (résolution des problèmes et adaptation au stress). Plutôt que d'aborder explicitement le suicide, il est recommandé que les programmes utilisent une approche positive de la santé mentale.⁵⁶

Afin de renforcer l'exécution de programmes sur les compétences socioémotionnelles dans la vie courante reposant sur des bases factuelles, des domaines d'activité supplémentaires peuvent être envisagés, comme :

- Offrir une formation de sentinelle au personnel éducatif sur la manière de créer un environnement scolaire bienveillant, de reconnaître les facteurs de risque et les signes d'alerte du comportement suicidaire, d'offrir de l'aide aux jeunes en détresse et d'aiguiller dans un cadre collaboratif pour obtenir une aide supplémentaire.
- Faciliter la mise en place d'un cadre scolaire sûr (par exemple, des programmes de lutte contre le harcèlement, les initiatives visant à accroître les connexions sociales, la formation du personnel à la création d'un cadre bienveillant).
- Etablir des liens avec des services d'accompagnement indépendants et les renforcer, et donner ces informations aux étudiants.
- Instaure des aides spécifiques pour les étudiants à risque, notamment ceux ayant déjà attenté à leur vie, ceux qui ont été endeuillés par le suicide ou qui sont issus de groupes à risque de suicide (par exemple, à cause de l'orientation sexuelle ou de l'appartenance à une minorité de genre) ;
- Formuler une politique et des protocoles clairs à l'intention du personnel lorsqu'un risque de suicide est décelé ; pour la communication en cas de tentative de suicide ou de suicide parmi les étudiants ou le personnel ; et pour aider les étudiants à retourner à l'école après une tentative de suicide.
- Promouvoir la santé mentale du personnel. Prévoir une formation pour leur propre santé mentale et l'accès aux services d'aide.
- Impliquer les parents pour mieux les sensibiliser à la santé mentale et aux facteurs de risque.
- Eduquer à une utilisation saine de l'Internet et des réseaux sociaux (par exemple, utilisation saine de l'Internet ; utilisation des réseaux sociaux pour développer des circuits d'aide sociale sains; reconnaître des activités en ligne malsaines, comme le harcèlement, et y répondre.
- Elaborer des initiatives pour faire face aux autres facteurs de risque concernant les jeunes (par exemple, les violences parentales, les traumatismes familiaux, la consommation de drogues).

⁵⁶ Une approche positive de la santé mentale signifie s'employer principalement à renforcer les points forts et les aptitudes des étudiants, et les aider à acquérir de nouvelles compétences afin d'améliorer le bien-être mental globalement au lieu de se concentrer sur le suicide.



Encadré 38. Programme d'aide à l'épanouissement des adolescents (*Helping adolescents thrive*, HAT) de l'Organisation mondiale de la Santé

Le guide pratique de l'OMS intitulé WHO's *Helping adolescents thrive* (HAT) (WHO, 2020) formule des recommandations s'appuyant sur l'expérience au sujet d'interventions psychosociales destinées à promouvoir la santé mentale, à prévenir des troubles de la santé mentale et à réduire les actes d'autoagression et d'autres comportements à risque chez les adolescents. Le guide est conçu pour être diffusé sur diverses plateformes comme les écoles, les services de soins sanitaires et sociaux, les communautés ou les médias numériques. Le guide vise à orienter un ensemble d'interventions - la boîte d'outil du HAT - préparée pour accompagner la mise en œuvre du guide. L'objectif étant de rassembler une série fondamentale de stratégies fondées sur des données factuelles favorisant les efforts de promotion et de protection de la santé mentale des adolescents. La boîte d'outil du HAT décrira des programmes mettant en évidence des éléments de promotion de la santé mentale chez les adolescents ou réduisant les facteurs de risque des maladies mentales, de l'usage de substances psychoactives et de l'automutilation. La boîte d'outil est axée sur les interventions suivantes : 1) améliorer les lois et les politiques publiques ; 2) améliorer les environnements dans les écoles, au sein des communautés et en ligne afin de promouvoir et protéger la santé mentale des adolescents ; 3) encourager les aidants ; et 4) améliorer les compétences psychologiques des adolescents. La boîte d'outil oriente aussi les utilisateurs vers des sources supplémentaires d'information pour des outils d'application et des expériences. Une série de bandes dessinées produites par l'UNICEF et l'initiative *Helping adolescents thrive* de l'OMS et visant à améliorer l'apprentissage socioémotionnel des jeunes adolescents dans les écoles, ainsi qu'un guide d'accompagnement pour les enseignants, seront disponibles en 2021.

POURQUOI ?

L'adolescence (période comprise entre 10 et 19 ans) est une période cruciale pour l'acquisition de compétences socioémotionnelles qui constituent le fondement de la santé et du bien-être ultérieurs. Cependant, l'adolescence est aussi une période au cours de laquelle des troubles mentaux peuvent

apparaître, la moitié des cas se produisant avant l'âge de 14 ans. Le développement des compétences socioémotionnelles associées à une santé mentale positive est fondamental pour que les jeunes deviennent, en grandissant, des adultes mentalement sains (OMS, 2015 ; Sánchez Puerta et al., 2016). Une meilleure maîtrise de la santé mentale peut contribuer à réduire la stigmatisation et à accroître les connaissances relatives à la santé mentale (Milin et al., 2016), tandis qu'aider les jeunes à remarquer les signaux d'alerte chez eux et chez les autres peut encourager la recherche de l'aide (Burns & Rapee, 2006). Les cadres éducatifs étant un point de contact majeur pour les jeunes dans de nombreux pays, la mise en œuvre de la stratégie de prévention du suicide dans ces milieux constitue un moyen viable d'atteindre ce groupe de populations.

OÙ ?

La coordination de la formation des adolescents aux compétences de vie socioémotionnelles dans les établissements scolaires peut être menée au niveau national ou du district. Les activités peuvent aller d'un programme mené dans une école ou dans des écoles en partenariat, dans des centres pour jeunes ou dans le cadre d'activités de jeunesse et de projets éducatifs pour jeunes déplacés, à un investissement en faveur de l'introduction d'interventions relatives aux compétences de vie socioémotionnelles dans les programmes éducatifs à l'échelle nationale. Il est de plus en plus manifeste que ces programmes de développement des compétences peuvent être adaptés pour une utilisation sur support numérique. Il est conseillé de procéder à un essai pilote dans un district ou dans un petit groupe d'écoles avant de passer à l'échelle supérieure.

Encadré 39. Application fondée sur des données factuelles pour les adolescents aborigènes d'Australie et insulaires du détroit de Torres, Australie

iBobbly⁵⁷ est une application d'auto-assistance pour le bien-être social et émotionnel, conçue avec et pour les jeunes aborigènes d'Australie et insulaires du détroit de Torres âgés de 15 ans et plus. L'application emploie des stratégies issues de la thérapie d'acceptation et d'engagement et de la thérapie cognitivo-comportementale. iBobbly a d'abord été testée dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé

⁵⁷ iBobbly. Black Dog Institute (Australia) (<https://www.blackdoginstitute.org.au/resources-support/digital-tools-apps/ibobbly/>, consulté le 28 janvier 2021).



impliquant 61 Aborigènes de Kimberley, en Australie occidentale (Tighe et al., 2017). Les utilisateurs ont signalé des niveaux de dépression et de détresse psychologique nettement plus faibles. iBobbly a été bien accueilli par les personnes qui l'ont essayé et le retour d'expériences des utilisateurs était positif (Tighe et al., 2020). Un deuxième essai à grande échelle – qui a été mené sur six sites d'Australie et a impliqué plus de 400 participants – s'est terminé en août 2019. Les résultats préliminaires ont été positifs. Il est important de signaler que tout ce qui est vu, entendu et expérimenté dans l'application est façonné par les membres de la communauté des Aborigènes et des insulaires du détroit de Torres dans le but de s'assurer que l'iBobbly prend en compte les réalités culturelles et est sans danger. La plupart des illustrations de l'application iBobbly ont été conçues par des artistes locaux. Le langage utilisé dans l'application a été choisi en consultation avec les jeunes, et d'autres suggestions relatives au type de langage adapté aux jeunes ont été incorporées dans l'application. Ajoutons que la plupart des voix-off locales ont été enregistrées par une agence de médias aborigène locale. iBobbly a été développée en étroite coordination avec les Aborigènes d'Australie et les insulaires du détroit de Torres locaux, sous la direction d'un groupe consultatif chargé d'éclairer et de façonner les activités du projet associées à la mise en œuvre et à l'assurance qualité de l'application iBobbly. Le groupe veille à ce que iBobbly continue à se conformer aux normes culturelles et soit éclairé, façonné et dirigé par le groupe visé par l'application, c'est-à-dire les peuples aborigènes et insulaires du détroit de Torres.

QUAND ?

Avant de lancer des initiatives, il convient de créer des parcours de soins capables d'accompagner les jeunes (à l'instar de services de santé mentale pour enfants et adolescents) entre les écoles et les services locaux de santé et de protection sociale. La mise en œuvre de la formation peut être dictée par le calendrier, notamment en proposant des programmes d'acquisition de compétences avant les périodes de stress élevé (les périodes d'examen, par exemple). Cependant, il n'est pas conseillé de lancer les activités de prévention du suicide immédiatement après un suicide (même si un soutien psychosocial doit être disponible et proposé aux membres de l'école).

QUI ?

La prévention du suicide en milieu scolaire est plus efficace lorsqu'il existe une collaboration entre plusieurs parties prenantes. Le leadership peut être assuré conjointement par le ministère de la santé et le ministère de l'éducation. Au niveau communautaire, le leadership peut être exercé par des établissements scolaires ou des organisations ayant un intérêt direct dans la prévention du suicide ou le bien-être des jeunes. Pour une mise en œuvre optimale, il est important de faire entrer en ligne de compte le soutien des politiciens locaux, des écoles, du personnel (y compris les enseignants et les conseillers scolaires/infirmiers), des parents et des aidants, des services locaux de santé et de protection ou des organisations qui travaillent avec les jeunes (les groupes sportifs ou de jeunesse, par exemple). Il est important que les jeunes soient impliqués dans la conception des programmes de prévention du suicide en milieu scolaire. Les jeunes sont bien placés pour donner des orientations sur la meilleure façon de mobiliser leurs pairs et pour identifier les facteurs de risque spécifiques à leur communauté.

COMMENT ?

1. Convoquer un groupe de travail pour planifier et mettre en œuvre des programmes exécutés en milieu scolaire [voir encadré 1, Introduction]

- Créez le groupe (voir sous la section Qui ci-dessus).
- Avant la mise en œuvre du programme, assurez-vous que les écoles disposent d'un plan d'action approprié pour accompagner les élèves et entretiennent des rapports appropriés avec les services de santé mentale vers lesquels elles peuvent orienter les élèves à risque. Assurez-vous que le personnel de l'école est au courant de ces démarches, qu'il est confiant et qu'il dispose des compétences nécessaires pour les mener à bien.
- Prévoyez de mener les activités dans une zone sélectionnée ou choisissez un certain nombre d'écoles pour un essai pilote avant la transposition à plus grande échelle.

2. Sélectionner une intervention reposant sur des bases factuelles en faveur des jeunes

- Un expert en santé mentale des jeunes et en prévention du suicide doit être engagé pour s'assurer que les programmes sélectionnés sont fondés sur des données probantes.
- Identifiez le programme qui répondra aux besoins de la population cible, de la communauté ou de l'école ; tout



dépendra des besoins des jeunes et des ressources disponibles. Si un soutien est nécessaire pour identifier un programme reposant sur des bases factuelles, il est recommandé au groupe de travail de consulter un expert en recherche, une agence spécialisée dans la prévention du suicide ou une personne qui maîtrise ce domaine de connaissances.

- La préférence doit être donnée aux programmes préalablement évalués, car on connaît les ressources nécessaires à la mise en œuvre, ainsi que les points forts et les limites.
- Adaptez le programme à la population cible, car il peut y avoir des différences culturelles dans l'attitude des étudiants face au suicide – ou dans leur façon de communiquer les signaux d'alerte et les comportements de recherche de l'aide – par rapport au programme initial.
- Demandez au développeur du programme des orientations sur la meilleure façon d'adapter le programme sans toutefois réduire son efficacité, ou identifiez d'autres zones ou écoles ayant une population scolaire similaire qui ont déjà adapté un programme avec succès.

3. Convenir d'un plan d'action et prévoir les ressources nécessaires

- Prévoyez les ressources humaines et les activités de renforcement des capacités nécessaires à la mise en œuvre (notamment la nécessité de former un animateur ou le personnel de l'école).
- Déterminez qui dispensera le programme (par exemple, les prestataires de soins de santé mentale, le personnel de l'assistance scolaire, les dispensateurs de soins). Assurez-vous qu'un mécanisme de supervision est mis

en place entre les écoles et les services locaux de santé mentale. Il peut également être possible d'impliquer les jeunes pairs ou les parents.

- Décidez du calendrier de réalisation de chaque activité. Réfléchissez au moment où il sera le plus efficace de mettre en œuvre le programme et à la fréquence à laquelle il faudra le reprendre.
- Convenez d'un moment auquel vous pouvez vous réunir régulièrement pour examiner les progrès accomplis et décider de nouvelles actions.

4. Élaborer un plan d'évaluation

- Prévoyez à l'avance les moyens d'évaluation de l'efficacité du programme (voir [Suivi et évaluation](#)). Les processus de validation existants des créateurs du programme peuvent fournir des orientations, telles que :
 - » des questionnaires sur les connaissances et les attitudes à l'égard de la santé mentale ou du suicide administrés avant et après le programme et des systèmes de mesure de l'estime de soi et d'autres compétences ;
 - » l'impact sur le comportement suicidaire ;
 - » la rétroinformation des étudiants et du personnel sur leurs expériences et leurs opinions concernant le programme et ses ressources.
- Appuyez-vous sur les enseignements tirés pour éclairer les changements à apporter à la mise en œuvre future du programme.
- Décidez d'un plan pour transposer l'intervention à plus grande échelle (à un plus grand nombre d'élèves dans une école particulière, dans un autre district, ou dans toutes les écoles du pays, par exemple).



Encadré 40. Youth Aware of Mental Health (YAM), de la recherche à la mise en œuvre, Suède

Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) était un projet de recherche développé dans le but d'évaluer trois programmes de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide en milieu scolaire. L'essai contrôlé randomisé a été mené sur 11 110 adolescents issus de 168 écoles sélectionnées au hasard dans 10 pays de l'Union européenne. L'étude SEYLE a montré que le programme YAM a réussi à améliorer nettement la santé mentale des jeunes par rapport aux deux autres programmes et au groupe témoin. En comparaison avec le groupe témoin, les jeunes qui ont participé à l'étude YAM ont montré une réduction de 50 % des nouvelles tentatives de suicide et des idées suicidaires graves (Wasserman et al., 2015), tandis que les nouveaux cas de dépression modérée et grave ont été réduits d'environ 30 %.

Le programme YAM est dispensé par un instructeur spécialement formé et un aidant pendant trois semaines (pour une durée totale de cinq heures). Ce programme offre aux jeunes un espace sûr et sans jugement pour explorer des sujets liés à la santé mentale dans la salle de classe. L'accent est mis sur l'empathie face aux expériences des autres et le soutien par les pairs, tout en donnant aux jeunes les moyens de réfléchir à leurs propres besoins en matière de santé mentale (Wasserman et al., 2018). Les jeux de rôle sont étayés par un exposé interactif donné par un instructeur, par des brochures sur le sujet remises à chaque participant, et par des affiches accrochées aux murs de la classe qui fournissent des informations telles que les contacts des services locaux de soins de santé et de soutien aux jeunes.

Lors des entretiens menés après l'étude YAM, les jeunes se sont dits plus confiants pour soutenir des amis dans le besoin. Ils déclarent également qu'ils utilisent les compétences et les stratégies acquises pendant le programme pour surmonter les événements difficiles de la vie. Peut-être plus important encore, le programme YAM aide les jeunes à reconnaître qu'ils ont besoin de soutien lorsqu'ils rencontrent des difficultés. De ce fait, ils reçoivent des informations sur les options disponibles en soins de santé physique et mentale au niveau local, ainsi que sur les organisations de jeunesse présentes au sein de leur communauté.

Le programme YAM est une intervention scolaire novatrice, efficace et rentable (Ahern et al., 2018) en matière de prévention du suicide qui améliore les capacités d'adaptation, accroît l'empathie, le comportement de recherche d'aide et l'entraide, et encourage un climat positif dans la classe. Le programme YAM a été repris par des pays du monde entier. Mental Health in Mind International, une entreprise de recherche et développement créée avec le soutien de Karolinska Institutet Innovations, traduit dans les faits les résultats du projet SEYLE. Des programmes de mise en œuvre et d'évaluation sont actuellement menés en Europe (Autriche, France, Norvège, Suède, Royaume-Uni), en Australie, en Inde et aux États-Unis. À ce jour, plus de 100 000 étudiants dans le monde ont participé au programme YAM.

Un certain nombre de facteurs ont contribué à la mise en œuvre du programme YAM : 1) un kit de mise en œuvre du programme YAM facile d'accès a été développé et les développeurs de l'intervention proposent une collaboration avec les nouveaux sites, de même que des instruments de mesure de la formation et de l'assurance qualité ; 2) tous les sites qui exécutent le programme YAM disposent d'une infrastructure qui garantit la supervision et la formation continues ; 3) il existe des protocoles pour la traduction et l'adaptation culturelle du programme ; 4) le processus est participatif et inclut toujours les jeunes ; 5) des orientations sont fournies pour aider les sites à obtenir des fonds pour la mise en œuvre; et 6) le programme fonctionne mieux lorsque les populations se mobilisent et se consacrent à la mise en œuvre de la prévention du suicide en développant les compétences des jeunes en YAM.



INDICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 13. Indications pour la promotion des compétences de vie socioémotionnelles chez les adolescents

Sujets	Indications
<p>Réticence à aborder la question de la santé mentale, entre autres sujets, à l'école ; réticence (des dirigeants, des écoles ou des parents/aidants) à discuter des questions liées à la santé mentale, de la détresse émotionnelle et des comportements suicidaires avec les jeunes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler en étroite collaboration avec le secteur de l'éducation sur la nécessité d'activités de prévention et de formation aux compétences émotionnelles et aux aptitudes à la vie quotidienne, compte tenu du risque de suicide dans les groupes d'âge plus jeunes ; offrir une formation de sentinelle aux enseignants ; sensibiliser ou former les représentants des parents ou des aidants dans la communauté ; impliquer réellement les jeunes dans la conception de tout programme de prévention. • Rappeler aux enseignants ou aux aidants que le fait de parler du suicide avec les jeunes n'augmente pas le risque de suicide ; au contraire, cela permet aux jeunes de se sentir plus à même de leur demander de l'aide en cas de besoin. • Lorsque la réticence peut provenir d'une expérience antérieure de suicide dans une école, il est important que les personnes concernées bénéficient d'un soutien approprié (tel qu'un conseil de postvention) et que le travail de prévention soit judicieusement encouragé afin d'éviter de futurs incidents. • Impliquer des champions ou des célébrités pour encourager la participation.
<p>Réticence de la part du personnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il est essentiel de veiller au bien-être du personnel avant de lancer des programmes destinés aux élèves, afin qu'il soit bien placé pour accompagner les personnes à risque. Il s'agit de créer un environnement scolaire sûr, dans lequel le personnel est encouragé à demander de l'aide et où il reçoit une formation appropriée pour accroître sa confiance dans la communication avec les élèves en détresse et dans la gestion des risques. • Il est également important d'assurer une bonne collaboration intersectorielle pour les élèves qui ont besoin de services ou de soutien en dehors du cadre scolaire.
<p>Manque de temps et de ressources pour la planification et la mise en œuvre — la prévention du suicide n'est pas considérée comme une priorité par rapport aux cours traditionnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les programmes de prévention peuvent être intégrés aux initiatives scolaires existantes (les cours d'éducation à la santé ou d'autres programmes liés à la santé, par exemple) ou aux programmes d'encadrement par les pairs. • Les événements prévus dans le calendrier scolaire – à l'instar des semaines « école saine » et des journées ou semaines de sensibilisation à la santé mentale – peuvent constituer une excellente occasion de lancer des programmes de prévention.



IDENTIFIER, ÉVALUER, PRENDRE EN CHARGE ET SUIVRE RAPIDEMENT TOUTE PERSONNE AFFECTÉE PAR DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

QUOI ?

L'identification précoce, l'évaluation, la prise en charge et le suivi permettent aux personnes à risque ou qui ont fait une tentative de suicide de recevoir le soutien et les soins dont elles ont besoin. Les systèmes de santé doivent intégrer la prévention du suicide en tant que composante essentielle afin d'intervenir rapidement lorsque des personnes sont identifiées comme présentant un risque de suicide. Les agents de santé doivent être formés à l'identification précoce, à l'évaluation, à la prise en charge et au suivi des cas (OMS, 2019b). Les acteurs des domaines autres que la santé qui entrent en contact avec des personnes à risque (au sein de la communauté, par exemple) devraient être compétents en matière d'identification et de suivi précoces. Les systèmes de soins de santé doivent coordonner les parcours de soins afin que les personnes à risque puissent être orientées et suivies dans la communauté ou dans des centres de soins de santé mentale spécialisés. Les personnes à risque peuvent présenter des facteurs de risque et des besoins de soins qui ne peuvent être pris en charge par le secteur de la santé uniquement. Par exemple, une personne peut avoir besoin d'un soutien pour avoir un emploi ou accéder à des opportunités financières, en plus du soutien proposé par le système de santé. De même, dans l'exemple du Japon, les personnes qui se présentent au Département de la protection sociale pour des difficultés financières sont automatiquement orientées vers le secteur de la santé pour une prise en charge simultanée.

Un soutien de postvention⁵⁸ devrait être proposé aux personnes qui ont fait une tentative de suicide et à celles qui ont été endeuillées après un suicide. Outre le soutien apporté par les services de santé, un suivi communautaire peut être proposé aux groupes de survivants constitués de personnes endeuillées par le suicide (OMS, 2008b), aux groupes d'entraide animés par des personnes ayant une expérience vécue du suicide, ou aux services de bénévolat⁵⁹. Des services d'assistance aux personnes en crise, à l'instar des équipes de gestion communautaire des crises ou des lignes d'écoute téléphonique, devraient également être disponibles pour apporter un soutien immédiat aux personnes en situation de détresse aiguë (OMS, 2018c).

Encadré 41. Prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide, République de Corée.

En République de Corée, un service de prise en charge des cas a été mise en œuvre en 2013 dans l'intérêt des personnes ayant fait une tentative de suicide qui se rendent dans les services d'urgence, avec le soutien du gouvernement central. Le plan d'action national pour la prévention du suicide, qui a été publié en janvier 2018 par les ministères compétents, présente des interventions spécifiques qui renforcent la consultation et le suivi des

⁵⁸ La postvention renvoie à une intervention menée après une tentative de suicide ou un suicide.

⁵⁹ Befrienders Worldwide (<https://www.befrienders.org/>, consulté le 28 janvier 2021).



personnes ayant fait une tentative de suicide. La prise en charge des cas après les tentatives de suicide, menée essentiellement dans les services d'urgence, a commencé avec 25 sites en 2013. Cette approche a ensuite été étendue à 85 sites en 2020 et continuera son expansion. Les agents chargés de la prise en charge des cas, qui contactent les patients dans les 24 heures suivant leur présentation au service des urgences après une tentative de suicide, tiennent des réunions hebdomadaires pour discuter de tous les cas actifs. Tous les hôpitaux sont supervisés et l'évaluation du programme est en cours.

POURQUOI ?

À l'heure actuelle, les systèmes de santé ne parviennent pas à répondre aux besoins de leur population en matière de santé mentale ; de plus, la rareté et la répartition inégale des services font que de nombreuses personnes ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin (OMS, 2018b). Il est essentiel de tendre vers une couverture sanitaire universelle⁶⁰ pour que tous puissent avoir accès à des soins de qualité⁶¹. La mise en œuvre des recommandations relatives aux services de santé mentale – notamment la fourniture de soins 24 heures sur 24 en cas de crise, les politiques locales applicables aux patients à double diagnostic et la mise en place d'examen multidisciplinaires après un suicide – a été associée à une réduction des taux de suicide au sein des populations cliniques au fil du temps en Angleterre et au Pays de Galles (While et al., 2012). Il est également possible d'assurer la prise en charge et le suivi par voie numérique.

Étant donné que les personnes souffrant de troubles physiques et mentaux sont plus exposées au suicide (OMS, 2018b ; OMS, 2019b) et qu'elles peuvent déjà être en contact avec les services de santé, les agents de santé sont bien placés pour identifier les personnes à risque. Les agents de santé doivent donc être formés à l'identification, à l'évaluation, à la prise en charge et au suivi des personnes susceptibles de se suicider, et avoir l'assurance nécessaire pour le faire. Après un contact avec les services de santé, les personnes peuvent se sentir isolées et le risque de nouvelles tentatives de suicide est considérablement

accru. Par conséquent, un suivi rapide et systématique est essentiel, car il a été démontré que cette démarche réduit les suicides et les tentatives de suicide après la sortie de l'hôpital (Goldman-Mellor et al., 2019 ; Fontanella et al., 2020). Les familles et les amis touchés par le suicide peuvent également être à risque et éprouver des sentiments de culpabilité, de honte et de stigmatisation qui compliquent l'accès au soutien social. Un suivi proactif doit être assuré auprès de ce groupe.

OÙ ?

Les initiatives visant à promouvoir l'identification précoce, l'évaluation, la prise en charge et le suivi doivent être coordonnées au niveau national tout en restant adaptées aux besoins des communautés locales. La mise en œuvre doit être expérimentée dans un seul service de santé ou dans des services de santé de district avant d'être transposée à plus grande échelle. Les activités doivent être menées à tous les niveaux des soins de santé, en particulier dans les services de soins primaires qui peuvent être la principale source de soins de santé (mentale) dans de nombreux pays, et dans les services d'urgence où les personnes peuvent se présenter après une tentative de suicide (qui constitue un important facteur de risque de suicide).

QUAND ?

Avant de commencer les activités visant à identifier les personnes à risque (la formation des agents de santé, par exemple), il convient de mettre en place des parcours de soins pour la prise en charge et le suivi. La formation des agents de santé ou des acteurs de la communauté doit être programmée de manière stratégique (voir la section [Renforcement des capacités](#)).

QUI ?

Le ministère de la santé doit conduire les travaux menés avec l'appui des services de santé locaux, ce qui revient à dire que les activités peuvent cibler des services ou des unités de santé spécifiques susceptibles d'entrer en contact avec des personnes à risque, notamment ceux qui s'occupent des urgences, de la

⁶⁰Couverture sanitaire universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1, consulté le 19 février 2021).

⁶¹Initiative QualityRights de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>, consulté le 28 janvier 2021).



santé mentale, des troubles liés à la consommation d'alcool, des douleurs chroniques ou des maladies chroniques. Le travail nécessitera une collaboration avec les parties prenantes de la communauté qui interviennent dans l'identification précoce ou le suivi (exemple : les services sociaux, l'aide sociale, l'éducation, la police et d'autres sentinelles).

COMMENT ?

1. Réunir un groupe de travail [voir [Encadré 1 Introduction](#)]

- Créez le groupe (voir sous la section [Qui ci-dessus](#)).
- Le groupe doit se composer de personnes ayant une connaissance du système de santé local et des principes de santé publique, ainsi que de professionnels de la santé qui ont connaissance des défis auxquels le système est actuellement confronté.
- Le groupe peut également être constitué de personnes issues d'autres secteurs (la police, les enseignants, les travailleurs sociaux, par exemple) en fonction des parcours de soins ou du suivi dans ce contexte.

2. Recenser les ressources disponibles

Recensez les ressources (voir la section « [Analyse de la situation](#) ») disponibles au sein du secteur de la santé et des autres secteurs qui assurent l'identification précoce, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes touchées par le suicide (les services sociaux, le système éducatif, le système judiciaire, les groupes d'utilisateurs de services, par exemple).

3. Coordonner les parcours de soins

- Créez des parcours de soins qui permettront aux personnes à risque identifiées d'être évaluées dans les établissements de soins de santé et orientées de manière à recevoir un soutien soit dans la communauté, soit dans des centres de soins de santé mentale spécialisés (OMS, 2019b).
- Créez des documents d'orientation-recours uniformes et convenez des voies, procédures et normes d'orientation-recours entre tous les services et secteurs du parcours de soins.
- Contribuez à l'élaboration d'orientations claires pour permettre aux personnes à risque identifiées dans d'autres secteurs d'être orientées vers les établissements de soins de santé en vue d'une évaluation, d'une prise en charge et d'un suivi.

4. Former des agents de santé non spécialisés

- Renforcez la capacité des agents de santé non spécialisés et communautaires à prendre en charge les personnes présentant un risque de suicide, à les orienter vers des spécialistes et des non-spécialistes formés à la prévention du suicide et à mener des interventions psychologiques (voir [Renforcement des capacités](#)).
- Lorsque des lacunes ont été identifiées dans l'analyse de la situation, prévoyez de fournir des services locaux adaptés pour l'intervention (notamment la gestion de crise) et le suivi, en utilisant les sources de soutien disponibles au sein de la communauté⁶².

5. Former les sentinelles et les parties prenantes concernées par l'identification précoce et le suivi dans la communauté

- Cette formation devrait comprendre : 1) une sensibilisation aux présentations courantes de l'automutilation ou du suicide afin d'identifier les personnes à risque ; 2) les principes d'évaluation et de prise en charge de l'automutilation, notamment en cas de crise (comment poser des questions sur l'automutilation ; reconnaître les blessures auto-infligées ou l'auto-empoisonnement, par exemple) ; 3) les interventions psychosociales (fournir une psychoéducation sur le suicide ; mobiliser les sources de soutien social, par exemple) ; et 4) l'orientation vers des spécialistes et le suivi.

6. Suivre, évaluer et transposer à plus grande échelle (voir la section [Suivi et évaluation](#))

- Le suivi et l'évaluation doivent être planifiés à l'avance et menés parallèlement à la mise en œuvre.
- Développez des indicateurs permettant de suivre les progrès en utilisant les mécanismes de collecte de données existants dans le système de santé, le cas échéant, ou en créant des mécanismes supplémentaires. Les indicateurs peuvent comprendre, par exemple : 1) la proportion d'établissements disposant de non-spécialistes formés à la prévention du suicide ; 2) le nombre de nouveaux cas et de cas de suivi ; 3) le nombre d'orientations-recours dans chaque établissement de santé ; 4) les résultats et le retour d'information des utilisateurs de services sur les interventions et le soutien (voir [annexe 3](#)).

⁶² Manuels de formation mhGAP de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/, consulté le 28 janvier 2021).



- Utilisez les leçons apprises pour améliorer la prestation de services et les parcours de soins, et planifiez la transposition à grande échelle.
- Utilisez d'autres analyses de la situation pour identifier les lacunes dans les services et planifiez la mise en place des éléments manquants.

Encadré 42. Soins de suivi spécifiques aux Aborigènes, Australie

L'Australie-Méridionale a mis en place le premier modèle de soins de suivi spécifique aux Aborigènes d'Australie, fourni par la communauté aborigène locale et conçu conjointement avec elle. En 2017, le Country South Australia Primary Health Network (CSA PHN) a collaboré avec le Black Dog Institute sur une série de forums communautaires autochtones. Les consultations ont permis de relever que les gens souhaitaient vivement que des services de suivi soient fournis aux personnes quittant l'hôpital après une crise suicidaire, et considéraient le défaut de suivi comme une lacune dans les services locaux. Un groupe de travail autochtone a été créé en collaboration avec la communauté locale. Ce groupe est constitué de personnes ayant une expérience vécue et de représentants du réseau de santé local et de l'organisation de santé contrôlée par la communauté autochtone (ACCHO). Le groupe de travail a passé huit mois à rassembler des preuves écrites sur le processus de conception conjointe et à élaborer un modèle, suivis de quatre mois de consultation des parties prenantes.

Le Country South Australia Primary Health Network a chargé la Pika Wiya Health Service Aboriginal Corporation d'assurer la prestation du service de suivi des Aborigènes à Port Augusta. La Pika Wiya Health Service Corporation a recruté une équipe de suivi constituée d'un chef d'équipe clinique, qui est un travailleur social, et deux agents de santé aborigènes. L'équipe de suivi fait partie de l'équipe chargée du bien-être social et émotionnel et bénéficie du soutien interne d'un psychologue et d'un psychiatre invité.

Le projet a produit deux séries de lignes directrices – à utiliser dans les services d'urgence et destinées à l'équipe de santé mentale communautaire. Il s'agit des lignes directrices sur la conception des services de suivi pour les Aborigènes et des lignes directrices pour les soins intégrés en cas de crise liée au suicide et le suivi. Chacune des lignes directrices propose une approche globale par étapes pour maintenir le contact pendant l'admission et après la sortie de l'hôpital, assorti d'une combinaison d'approches psychosociales, cliniques et de guérison, en mettant l'accent sur la famille et la communauté.

Cette démarche a produit un résultat positif inattendu : une plus grande collaboration entre les travailleurs cliniques et culturels dans l'ensemble des services de santé mentale. Désormais, les plans de santé mentale et les orientations-recours supervisés par le psychiatre invité comprennent fréquemment une recommandation en vue de la guérison, parallèlement à d'autres formes de soutien. Les agents de suivi ont été invités à participer à des séances de guérison traditionnelle avec un ngangkari (qui désigne un praticien indigène de la médecine de brousse). De même, le personnel hospitalier chargé de la santé mentale est plus enclin à orienter les patients après leur sortie de l'hôpital vers les services de bien-être social et émotionnel et les services de médecine générale, sachant que ces services peuvent s'appuyer sur l'expertise de l'équipe de suivi. La gestion clinique continue, y compris le soutien dans la prise de médicaments, relève désormais du service de la Pika Wiya Health Service Corporation et non plus de l'hôpital, ce qui permet de continuer à renforcer les capacités du service de santé.

Le service de suivi travaille également avec des services de postvention établis, notamment le service national d'intervention critique pour les autochtones (National Indigenous Critical Response Service) et le service Beyond Blue's, The Way Back.



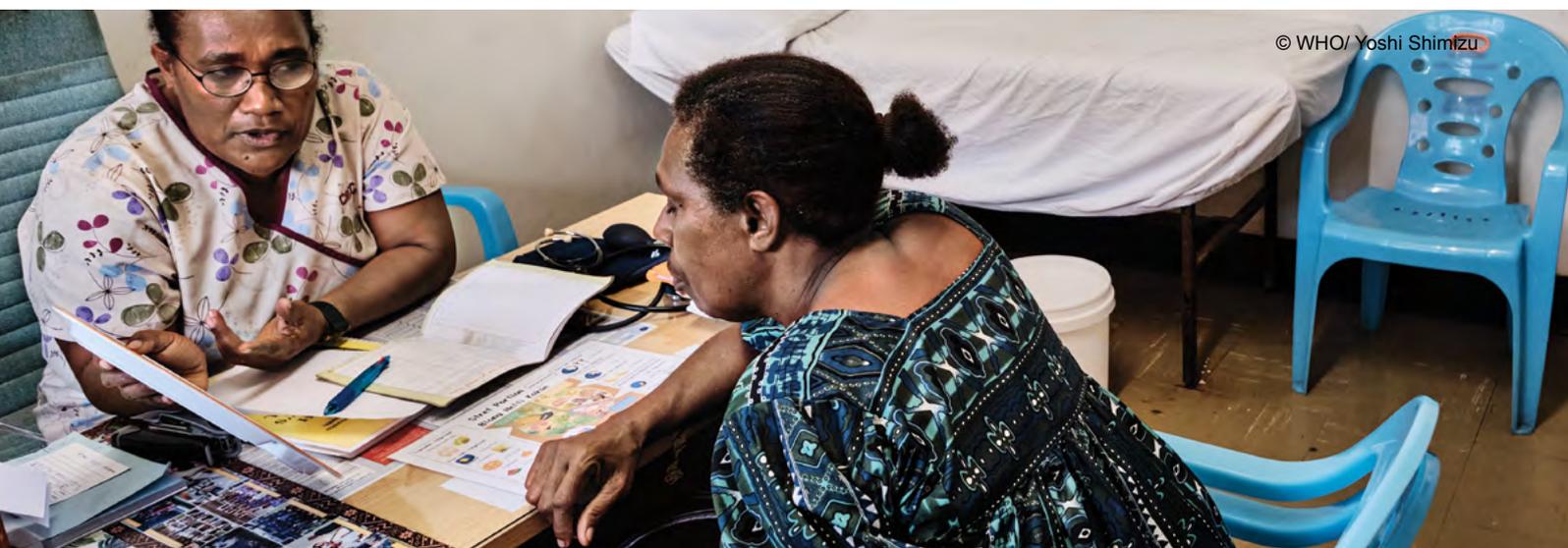
Encadré 43. Mise à l'échelle des services de santé mentale et de la prévention du suicide, République islamique d'Iran

L'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires en République islamique d'Iran est considérée comme l'un des tournants majeurs dans la mise à l'échelle des services publics de santé mentale, ainsi que du programme de prévention du suicide. L'amélioration de l'accès aux services de santé mentale et la reconnaissance précoce de la dépression et d'autres troubles mentaux (qui sont associés au suicide) sont principalement recherchées lors de la prestation de soins de santé mentale primaires par des médecins généralistes, des agents de santé polyvalents et des psychologues cliniques en soins de santé primaires dans les zones rurales et urbaines du pays. Les agents de santé polyvalents procèdent à un dépistage initial de tout problème de santé mentale en fonction de la tranche d'âge du client et parallèlement à l'évaluation effectuée dans d'autres domaines de la santé. Si le résultat du dépistage est positif, l'individu est évalué afin de relever des idées suicidaires ou des antécédents de tentatives de suicide et, s'il s'avère qu'il présente un risque de suicide, il sera orienté vers le médecin généraliste pour une évaluation plus approfondie.

Selon l'évaluation du risque par le médecin généraliste et le jugement clinique, les patients sont envoyés à l'hôpital le plus proche s'ils sont considérés comme présentant un risque accru. Un organigramme des tâches préparé à l'avance guide le médecin généraliste dans la gestion des cas non coopératifs. Pour les individus à faible risque, la prise en charge est initiée par le médecin généraliste conformément au guide pour la prise en charge des troubles mentaux dans les soins de santé primaires. Si une consultation spécialisée est requise à un moment donné, le patient est orienté vers le psychiatre local.

Tous les patients suicidaires sont présentés aux psychologues cliniques qui travaillent dans les centres de santé urbains. Les patients bénéficient simultanément d'un suivi téléphonique, d'une psychoéducation ou d'interventions psychologiques brèves, ainsi que d'autres modules de traitement s'ils ont été orientés vers l'hôpital ou le psychiatre. À un autre niveau, les patients admis à l'hôpital après une tentative de suicide sont aussi orientés vers les centres de santé à leur sortie de l'hôpital afin de suivre ce cycle.

Des ensembles de services de suivi destinés à accompagner les survivants (personnes endeuillées par le suicide) ont également été développés et des psychologues cliniciens seront formés pour fournir ce service de postvention. Le renforcement des capacités requises pour fournir ces services passe par une formation préalable obligatoire et des sessions de perfectionnement en cours d'emploi pour tous les prestataires de services. Le programme national de prévention du suicide du ministère de la santé et de la formation médicale comporte six objectifs stratégiques. Le programme a été officiellement lancé depuis 2005 et a été étendu en 2018 après le retour d'expérience de consultants nationaux et internationaux.



© WHO/ Yoshi Shimizu



INDICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 14. Indications liées à la mise en œuvre de l'identification précoce, de l'évaluation, de la prise en charge et du suivi de toute personne présentant des comportements suicidaires.

Problèmes	Solutions
La prévention du suicide n'est pas une priorité de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider en faveur de la prévention du suicide auprès des décideurs politiques et sensibiliser la communauté. Rechercher des défenseurs dans d'autres secteurs (notamment dans le secteur de l'éducation) et renforcer les groupes de plaidoyer afin d'en faire des figures de proue dans la prévention du suicide au sein de la communauté. • Fournir des données factuelles sur l'efficacité et la rentabilité de la prévention du suicide.
Les ressources disponibles sont limitées	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les décideurs politiques régionaux et nationaux dans la réaffectation des ressources budgétaires. • Utiliser un modèle de formation en cascade (formation des formateurs) pour maximiser le nombre de travailleurs formés qui peuvent ensuite former d'autres personnes et partager leurs connaissances et leurs compétences. Faciliter le développement des ressources communautaires telles que les groupes d'entraide et de survivants.
Manque de confiance ou de connaissance dans la prise en charge du risque de suicide	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce qu'une formation appropriée soit dispensée sur les mesures à prendre lorsqu'un risque de suicide est identifié (gestion du risque imminent et orientation vers des soins). • Élaborer des politiques claires et des orientations étape par étape pour la prise en charge et les soins, et s'assurer que ceux-ci sont facilement accessibles aux individus.
Les personnes à risque sont difficiles à atteindre	<ul style="list-style-type: none"> • Étendre la sensibilisation et le renforcement des capacités à un ensemble de secteurs susceptibles d'être en contact avec des communautés difficiles à atteindre. • S'assurer que le personnel de santé général (exemple : les médecins généralistes, les agents de santé communautaires) et le personnel d'autres disciplines (la police, les enseignants, par exemple) sont formés pour identifier les personnes à risque.

ANNEXE 1. SECTEURS ET ACTEURS DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Secteurs gouvernementaux :

- ministère de la santé ;
- ministères de l'agriculture, de l'éducation, de la justice, du travail judiciaire, du travail, des médias, des affaires des minorités, de la planification et du développement, des affaires sociales ou de la protection sociale, des transports, de la jeunesse, de la défense ;
- politiciens, parlementaires ou représentants ;
- gouvernements locaux, décideurs locaux ;
- décideurs politiques et leaders d'opinion.

Parties prenantes (individus et organisations) :

- **tout le monde**
- les personnes ayant une expérience vécue du suicide ;
- les organisations d'utilisateurs de services de santé mentale ;
- les agents de santé mentale et de médecine générale, les agents de promotion de la santé, les autorités administratives dans le domaine de la santé, les services de traitement de la toxicomanie, les travailleurs sociaux, les services de développement communautaire ;
- les enseignants, le personnel éducatif, les travailleurs sociaux, les écoles, les clubs et centres de jeunesse ;
- les policiers, les pompiers, le personnel ambulancier ou paramédical ;
- les personnes travaillant avec les personnes âgées, les prestataires de soins, les maisons de retraite, les centres de jour ;
- les chefs religieux, confessionnels ou spirituels, les organisations, les lieux de culte ou de rassemblement communautaires ;
- les guérisseurs traditionnels ou les anciens de la communauté ;
- les médias (presse écrite, télévision et cinéma, sites Web, médias sociaux), les journalistes, les associations de journalistes ;
- les services de lutte contre la violence sexiste, les services de protection de l'enfance ;
- les groupes d'orientation sexuelle et d'identité de genre ;
- les détaillants associés au risque ou aux moyens de suicide, à l'instar des pharmaciens, des barmen, des détaillants d'alcool ;
- les lieux de travail, les syndicats, les associations professionnelles, les secteurs de la santé au travail, les chefs d'entreprise ;
- les personnes travaillant dans les bureaux de chômage, les agences pour l'emploi, les services de protection sociale ;
- les militaires ;
- les services sécurisés tels que les services de santé mentale pour les patients hospitalisés et les prisons ;
- les services financiers, les services de recouvrement de créances, les services de retraite ;
- les ONG, notamment les groupes internationaux ou les organisations caritatives qui s'occupent de l'aide sociale et du bien-être ou qui fournissent des services aux personnes vulnérables ;
- la communauté scientifique, les experts universitaires ;
- les célébrités et les personnes influentes ; et
- bien d'autres encore, énumérés tout au long du guide.

ANNEXE 2. AUTRES EXEMPLES

ISSUS DES PAYS

ANALYSE DE SITUATION

Encadré 44. Système d'analyse et d'exploitation des données, Australie

Le manque de précision sur l'ampleur et la portée du problème constitue l'un des principaux obstacles aux efforts de prévention du suicide en Australie. En collaboration avec l'Australian National University et SAS (une société informatique), le Black Dog Institute continue de développer le système d'analyse et d'exploitation des données afin d'obtenir des informations et d'aider les communautés locales à développer des initiatives de prévention du suicide plus ciblées et reposant sur des bases factuelles. Le système est actuellement déployé dans le cadre des essais LifeSpan du Black Dog Institute.

Ce système repose sur un certain nombre de composantes.

Les rapports d'analyse des données sur le suicide

Les audits locaux sont utilisés pour surveiller les tendances, identifier les groupes vulnérables fortement exposés au risque de suicide, et orienter l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies locales visant à minimiser le risque. Ces rapports fournissent des informations spécifiques à la région d'une manière qui permet de traduire concrètement les conclusions en résultats pratiques.

L'analyse géospatiale

Les audits et le système de renseignement permettent de visualiser les sources de données et montrent l'importance de la résolution spatiale. La visualisation des données sur le plan géospatial permet de décrire les sites qui enregistrent des concentrations de décès par suicide dans les zones locales. Cette analyse permet aux décideurs de mieux prendre en compte des facteurs tels que les avantages et les désavantages sociaux et économiques, la disponibilité des services et les emplacements spécifiques des points chauds.

La restriction des moyens létaux

La restriction des moyens létaux constitue l'une des stratégies les plus efficaces pour réduire le suicide. Le système permet de déterminer s'il existe des modèles de

méthodes et de vérifier leur disponibilité, de relever des variations dans la distribution géospatiale qui pourraient contribuer à l'élaboration d'une stratégie ciblée de restriction des moyens létaux applicable à une région et à déterminer des activités et des interventions spécifiques de restriction des moyens en fonction des besoins locaux.

L'atlas des ressources

L'atlas de ressources *LifeSpan* est une ressource interactive en ligne que les chercheurs et les décideurs peuvent exploiter pour créer des cartes et des analyses. L'atlas permet de répondre à des questions sur la prévention du suicide et de mieux coordonner cette activité. Il permet aux utilisateurs de découvrir les caractéristiques des communautés et de partager des informations.

Une équipe constituée de huit responsables des données, de géographes et de boursiers postdoctoraux a été chargée de concevoir et de mettre en place la plateforme de données, de demander l'acquisition de données auprès des dépositaires de données primaires et d'élaborer des procédures de gestion des données. Pour maintenir le fonctionnement du système et produire les résultats spécifiés ci-dessus, l'intervention d'au moins deux responsables des données à temps plein, d'un gestionnaire de données et de l'équivalent d'un géographe à temps plein est requise.

Actuellement, le système est configuré pour fournir des informations très spécifiques sur la Nouvelle-Galles du Sud (l'un des principaux États d'Australie). Cependant, il fournit également des données sur les décès par suicide au niveau national. Le système vise un objectif final majeur : transposer les données relatives à l'automutilation au niveau national. Toutefois, la réalisation de cet objectif exigera des ressources nettement plus importantes (au moins trois responsables de données supplémentaires et un géographe) afin de disposer de la capacité appropriée pour satisfaire aux exigences éthiques relatives à l'acquisition et à l'utilisation des données et pour assurer la gestion complexe des données nécessaire pour intégrer de manière harmonisée de multiples sources de données dans le système.



Encadré 45. L'étude nationale sur le suicide, Irak

Le bureau de la santé mentale du Ministère de la santé de l'Irak a lancé, de 2015 à 2016, une étude nationale sur le suicide en collaboration avec des chercheurs internationaux (Abbas et al., 2018). Le ministère de l'intérieur a facilité la distribution d'un formulaire de collecte de données aux postes de police dans les 13 provinces couvertes par l'étude. Le personnel de police a rempli les formulaires portant sur les décès individuels enregistrés dans leur juridiction qui avaient été considérés comme des suicides de 2015 à 2016, et a fait un suivi auprès des familles pour lesquelles il manquait de données dans les notes juridiques. Le formulaire de collecte de données comprenait des variables sur la démographie, la méthode du suicide, les antécédents médicaux, de santé mentale et de tentative de suicide, et les causes potentielles. Les résultats ont été utilisés pour déterminer le taux de suicide de la population et des sous-populations (en fonction de l'âge et du sexe, par exemple), les méthodes courantes de suicide, et le profil des facteurs médicaux, de santé mentale, de suicide et déclencheurs liés aux décès imputables au suicide. Des comparaisons entre différents groupes démographiques ont aussi été effectuées afin d'identifier les groupes à risque. Les leçons tirées de la mise en œuvre de la première étude nationale ont permis de planifier l'élaboration d'un registre national des suicides en Irak. Il s'agit notamment d'améliorer la qualité des données – qui, dans cette étude, reposaient sur des rapports juridiques et sur la famille, ce qui peut avoir contribué à une sous-reconnaissance ou à un sous-signalement – et d'inclure une expertise supplémentaire pour éclairer la conception et la collecte des données (un épidémiologiste et un spécialiste de la médecine légale, par exemple). L'étude a également indiqué la nécessité de mettre en œuvre une restriction des moyens pour les armes à feu et le kérosène (lié à l'auto-immolation) dans les futurs efforts de prévention du suicide en Irak.

Encadré 46. Analyse de la situation, République arabe syrienne

L'incidence de la situation d'urgence prolongée sur la vie des personnes vivant dans le nord-ouest de la Syrie, ajoutée aux répercussions de la COVID-19, a mis en lumière plusieurs domaines de préoccupation pour la prévention du suicide. La période comprise entre avril et juin 2020 a connu une augmentation de 57,7 % des tentatives de suicide par rapport à la période janvier-mars 2020, comme l'indique la cartographie des services de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS). Au cours de la même période, les rapports des journalistes sur les réseaux sociaux ont fait état d'une augmentation du nombre de décès par suicide. Cependant, les données relatives à la mortalité n'étaient pas enregistrées dans les systèmes d'information sanitaire existants, ce qui pose un problème important pour la surveillance du suicide et de l'automutilation dans le nord-ouest de la Syrie.

Avec le soutien du groupe de travail thématique du Comité permanent interorganisations sur la SMSPS, le centre opérationnel de l'OMS à Gaziantep a constaté qu'il était urgent de s'attaquer aux comportements suicidaires dans le Nord-Ouest de la Syrie. Le groupe de travail thématique a mis en place un groupe de travail ad hoc sur la prévention du suicide composé de six membres, qui ont convenu qu'une analyse de la situation était nécessaire pour éclairer la planification et fournir des données probantes qui faciliteraient les demandes émanant des donateurs. Ceci marqua le début de l'élaboration d'un « questionnaire sur le suicide » qui a été mis au point par le groupe de travail. L'objectif de l'enquête était de mieux cerner la question du suicide dans la région Nord-Ouest de la Syrie au cours des 12 derniers mois et donc d'identifier les actions de prévention du suicide dans cette région à partir du quatrième trimestre 2020. Le questionnaire comprenait 36 questions relatives à l'expérience des professionnels de la santé avec les personnes décédées à la suite d'un suicide ou ayant fait une tentative de suicide ou d'automutilation au cours des six derniers mois. Le questionnaire contenait aussi des questions sur la capacité et les compétences des prestataires à travailler dans le domaine de la prévention du suicide. Les questions issues de la boîte à outils sur l'évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial ont également été traduites et adaptées au contexte du Nord-Ouest de la Syrie (OMS et HCR, 2012). Pour des raisons logistiques, il a été décidé qu'une méthode d'enquête numérique était la plus adaptée pour la collecte des données nécessaires. KoBo Toolbox⁶³, un outil gratuit à code source ouvert destiné à la collecte de données numériques, a été utilisé à cet effet. Cette boîte à outils offre aux utilisateurs des fonctionnalités telles que la génération de graphiques, ce qui en fait un instrument idéal pour une utilisation dans des contextes humanitaires.

En septembre 2020, des invitations à participer à l'enquête ont été proposées aux médecins en soins de santé primaires et des hôpitaux, au personnel SMSPS (travailleurs de soutien psychosocial, psychiatres et psychologues), au personnel chargé de la lutte contre la violence sexiste et de la protection de l'enfance et aux travailleurs paramédicaux du Nord-Ouest de la Syrie ; au total, 534 personnes (dont 206 femmes) ont répondu. Pendant six mois au cours de la période marquée par la pandémie de COVID-19, 1 748 tentatives de suicide et 246 décès imputables au suicide ont été signalés par les personnes interrogées. Parmi les personnes décédées à la suite d'un suicide, 76 % étaient des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, de même que 86,6 % des personnes ayant fait une tentative de suicide. Parmi les personnes qui ont tenté de se suicider, 42,2 % étaient âgées de 21 à 30 ans, 25 % de 31 à 40 ans et 18,1 % de 16 à 20 ans. Parmi les méthodes de suicide signalées, 21,4 % des cas étaient liés à l'ingestion d'insecticides à domicile, 16 % à l'utilisation d'un couteau et 11,5 % ont sauté du haut d'un immeuble. Les facteurs déclencheurs du suicide sont les suivants : problèmes relationnels ou conjugaux (26,3 %), problèmes financiers (23,7 %), problèmes relationnels avec les parents (12,7 %) et chômage (10,4 %). Les résultats de l'enquête ont également mis en lumière les obstacles au débat sur la question du suicide dans le secteur de la santé et dans la communauté – en particulier avec les parties prenantes les plus concernées par l'examen de la question du suicide (à l'instar des chefs religieux) – et ont permis d'évaluer les connaissances des répondants, qui sont actuellement limitées, ainsi que leurs demandes de renforcement des capacités. L'analyse de l'enquête a permis de formuler une série de recommandations essentielles qui constitueront le principal domaine de travail pour la prévention du suicide dans le Nord-Ouest de la Syrie.

⁶³ See: <https://www.kobotoolbox.org/> (consulté le 18 février 2021).

COLLABORATION MULTISECTORIELLE

Encadré 47. Un exemple de collaboration multisectorielle ascendante, Brésil

Une ville de taille moyenne (140 000 habitants) située dans la campagne de l'État de São Paulo a enregistré au cours des dix dernières années un taux de suicide deux fois supérieur au taux national. En mars 2016, suite à une invitation ouverte lancée par un travailleur social local dans les médias locaux, une centaine de personnes se sont réunies au bureau local de la Fédération de l'industrie. Ces personnes étaient d'origines diverses : agents de santé, éducateurs, chefs religieux, femmes au foyer, policiers et pompiers, politiciens et futurs politiciens, professionnels des médias, opérateurs de lignes d'assistance, officiers de justice, célébrités locales et autres.

Cette ville était et reste exceptionnellement dotée de ressources en matière de santé mentale – tant publiques (un hôpital universitaire avec service psychiatrique, un hôpital psychiatrique, un hôpital spécialisé dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances, plusieurs services ambulatoires et centres de jour) que privées (la troisième plus grande proportion de psychiatres par habitant du pays et plusieurs communautés thérapeutiques pour les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de substances psychoactives). Cependant, les services publics dépendaient administrativement et financièrement de diverses agences fédérales, étatiques et municipales mal coordonnées. Au terme de la rencontre, les parties prenantes ont décidé de mettre en place un réseau de préservation de la vie (Life Protection Network, LPN) financé grâce à leurs propres ressources et d'agir en tant que bénévoles.

Un comité de coordination de quatre personnes a été élu par les participants et huit groupes de travail ont été mis en place : 1) les défenseurs (composés de personnes sans formation professionnelle en santé mentale mais activement engagées dans les réseaux sociaux, généralement des femmes au foyer, des employés de commerce et des étudiants) ; 2) les défenseurs spirituels (chefs religieux) ; 3) les agents d'évaluation (agents de santé, principalement des psychologues) ; 4) les professionnels de la santé mentale (psychologues, thérapeutes, psychiatres) ; 5) les éducateurs (enseignants, directeurs d'école) ; 6) les autorités locales (maire de la ville, conseillers municipaux,

secrétaires de localités concernées [éducation sanitaire, protection sociale, culture, sport et sécurité publique], directeurs des services de santé mentale) ; 7) les médias locaux ; et 8) les ambassadeurs (jeunes spécialement formés par le LPN).

Pour devenir membre bénévole du LPN, une condition importante doit être remplie : suivre une formation de quatre heures dispensée par les coordonnateurs sur le module « automutilation/suicide » du Guide d'intervention humanitaire mhGAP de l'OMS. Compte tenu du large soutien apporté par les bénévoles, le LPN dispose maintenant d'une liste d'attente de professionnels et d'aidants bénévoles. Des réunions de supervision mensuelles régulières ouvertes à tous les bénévoles sont aussi organisées pour discuter des questions qui les intéressent, en particulier dans la gestion des cas plus complexes. Le réseau a commencé à être opérationnel deux semaines après la réunion initiale et peu après les sessions de formation pour tous les groupes de bénévoles spécifiques.

Les individus peuvent contacter le LPN via le site www.precisodeajuda.org (ce qui signifie « J'ai besoin d'aide » en portugais), que ce soit pour eux-mêmes ou pour une personne qu'ils ont identifiée comme étant en situation de détresse. Les agents de soins de santé primaires et les services de soins d'urgence peuvent également contacter le LPN. Plusieurs activités ont été développées par les bénévoles du LPN : certaines portent sur la fourniture d'un soutien (soutien social et spirituel), l'amélioration psychologique (formation aux compétences de vie) ou des soins cliniques (thérapie communautaire intégrative, thérapies complémentaires recommandées par le ministère de la santé, psychothérapie, suivi et orientation, et postvention), et d'autres sont liées à la promotion et à la prévention universelles (comme la sensibilisation au niveau communautaire). Tous les membres du LPN agissent en tant que bénévoles et les coûts occasionnels (location de salle de réunion, matériel imprimé, etc.) sont couverts par les commerces et les industries locaux.

Même si l'impact spécifique du LPN n'a pas encore été mesuré, tout porte à croire que le manque de coordination entre les différents types de services de soins de santé a été surmonté. Grâce au LPN, l'identification précoce et les soins sont désormais assurés rapidement par des personnes compétentes et formées, avec une transition souple et rapide entre les différents niveaux de soins si nécessaire.

Encadré 48. Collaboration multisectorielle, Canada

Comité fédéral de coordination

Le gouvernement du Canada promeut des approches collaboratives en matière de prévention du suicide afin d'améliorer le partage des informations et de faciliter les possibilités de partenariat. Fin 2016, le gouvernement a publié le Cadre fédéral pour la prévention du suicide, qui établit des objectifs stratégiques et des principes directeurs visant à harmoniser les efforts fédéraux de prévention du suicide. Pour contribuer à améliorer la collaboration entre les ministères fédéraux, l'Agence de la santé publique du Canada préside le Comité fédéral de coordination pour la prévention du suicide, qui se réunit tous les trimestres. Ce comité est composé de représentants des ministères et organismes fédéraux qui travaillent dans le domaine de la santé mentale et de la prévention du suicide, notamment des représentants des ministères et organismes de la santé, des services aux Autochtones, des services du développement économique, des services des transports et des statistiques. Le Comité se réunit tous les trimestres et s'attache à identifier les priorités et les avancées en matière de prévention du suicide au sein du gouvernement fédéral, à harmoniser les efforts lorsque cela est possible, à partager l'information et l'expertise en matière de prévention du suicide, notamment en ce qui concerne la surveillance du suicide, et à soutenir l'élaboration des rapports d'étape bisannuels.

Collaboration nationale pour la prévention du suicide

La Collaboration nationale pour la prévention du suicide est un collectif pancanadien de personnes (par exemple, des survivants d'une tentative de suicide et des survivants d'une perte par suicide) et d'organisations qui fournissent un leadership, des ressources et un partage d'information pour les initiatives de prévention du suicide, d'intervention et de postvention. Les membres du groupe de collaboration formé en juin 2012 font la promotion de la santé mentale, renforcent la résilience, encouragent l'espoir et travaillent à réduire l'impact du suicide sur tous les Canadiens. Le travail du groupe de collaboration est structuré et défendu avec le soutien d'un Comité exécutif, de trois groupes de travail (le groupe de travail sur les communications, le groupe de travail sur le plan d'action de la stratégie nationale et le groupe de travail sur les données et la recherche) et d'un Secrétariat. L'objectif du groupe de collaboration est de faciliter les discussions et l'échange de connaissances entre les organisations sur la promotion de la vie, le bien-être mental et la prévention du suicide ; d'agir comme un catalyseur pour une collaboration entre les membres ; et de défendre et de fournir un forum pour une voix collective sur les questions liées à la prévention du suicide.

Encadré 49. Politique et législation en matière d'alcool, Fédération de Russie

La privatisation et la déréglementation du marché de l'alcool dans la Fédération de Russie dans les années 1990 peuvent avoir contribué à l'escalade des problèmes liés à l'alcool, la consommation d'alcool contribuant de manière substantielle à l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité⁶⁴. En 2004, le gouvernement a entamé un processus de renforcement des politiques de contrôle de l'alcool (Levintova, 2007), suivi d'une série d'amendements à la loi régissant la réglementation de la production et du volume des échanges de produits alcoolisés. Ces modifications ont ensuite été suivies d'amendements d'autres lois et règlements relatifs à l'alcool. Entre 2007 et 2016, la consommation totale d'alcool (enregistrée et non enregistrée) a été réduite de 3,5 litres d'alcool pur par habitant. Au cours de la période 2005-2015, le taux de mortalité lié à la consommation d'alcool a également diminué, en particulier chez les hommes. Des tendances similaires ont été observées chez les patients diagnostiqués avec une dépendance à l'alcool et d'autres maladies liées à l'alcool, ainsi qu'une réduction importante de la mortalité totale des adultes – tout cela résultant probablement des tendances à la baisse de la consommation générale d'alcool. Bon nombre des politiques mises en œuvre ont été fondées sur des données probantes, conformément à la stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (OMS, 2010) et ont été introduites de manière progressive. Il est donc probable que les politiques restrictives en matière d'alcool aient contribué à la réduction du nombre de suicides observée en Fédération de Russie.

⁶⁴ Violence interpersonnelle et alcool en Fédération de Russie : Note d'orientation. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/98804/E88757.pdf, consulté le 28 janvier 2021).

Encadré 50. Participation significative des personnes ayant une expérience vécue à la prévention du suicide, Écosse

Le groupe de personnes ayant une expérience vécue du suicide (Lived Experience Panel – LEP), créé en septembre 2019 par le National Suicide Prevention Leadership Group (NSPLG) d'Écosse, soutient la réalisation du plan d'action pour la prévention du suicide en Écosse⁶⁵. Le LEP est composé de 14 personnes issues de divers milieux professionnels et sociaux qui ont répondu à une annonce nationale et qui donnent de leur temps en tant que bénévoles engagés. Chaque membre du groupe entretient un lien différent avec le suicide : certains sont des survivants d'un deuil provoqué par le suicide, d'autres ont été suicidaires dans le passé ou ont été les aidants de membres de la famille ou d'amis vivant avec des pensées et des comportements suicidaires. Ces personnes sont accompagnées avec respect et tact par un coordonnateur hébergé par l'Association écossaise de santé mentale. Un réseau plus large de plus de 100 personnes ayant une expérience vécue des incidences du suicide issues de l'ensemble du territoire national contribue également à soutenir le travail du NSPLG au moyen d'une série d'activités.

Sur la base des enseignements tirés de la création du LEP et de son partenariat de collaboration avec le NSPLG, 13 principaux éléments ont été jugés essentiels pour assurer une participation significative et authentique des personnes ayant une expérience vécue du suicide dans la mise en œuvre du plan d'action écossais pour la prévention du suicide :

- **Recrutement de bénévoles.** Il existe des critères fixes pour le bénévolat (on suggère un écart de deux ans après une tentative de suicide antérieure ou un deuil provoqué par le suicide). Cela garantit une participation plus sûre et réduit la détresse potentielle.
- **Recrutement d'un coordonnateur désigné du groupe de personnes ayant une expérience vécue du suicide.** Il est chargé de gérer les bénévoles, d'établir des contacts avec les parties prenantes et d'appliquer les protocoles de protection.
- **Groupe de pilotage.** Créer un groupe de pilotage en partenariat pour soutenir le rôle du coordonnateur et utiliser l'apprentissage en vue d'actualiser la politique et les processus.
- **Consensus sur les résultats et définition des attentes.** Veiller à ce que les bénévoles connaissent les résultats du programme et à ce que les activités soient alignées sur ces résultats ; gérer les attentes des bénévoles.
- **Méthodes de participation et de délibération.** La promotion de conversations respectueuses et honnêtes permet de favoriser la franchise entre les bénévoles et de construire des relations de confiance. Les méthodes non polémiques de partage des expériences vécues aident les bénévoles à classer les principaux problèmes par ordre de priorité et à identifier les domaines à améliorer.
- **Planification et préparation en vue de la participation.** Les professionnels et les coordonnateurs de bénévoles doivent convenir des plans des sessions et partager les informations avec les bénévoles avant chaque session.
- **Rassemblement des retours d'expériences.** Déployer une série de moyens pour recueillir le retour d'expériences (écrites, audio, groupes de discussion, numériques) afin de maximiser les possibilités de participation. La formation de petits groupes s'est avérée être le moyen le plus efficace et le plus sûr pour les bénévoles de partager leurs histoires personnelles.
- **Cycle de retour d'information exemplaire.** La définition de mécanismes de retour d'information avec les bénévoles permet d'éviter une participation symbolique. Elle permet de s'assurer que les personnes qui agissent produisent des moyens d'appréciation de l'utilisation de leurs connaissances, tout en garantissant aux bénévoles que leurs opinions sont prises en compte.
 - » Organiser des réunions de suivi avec les bénévoles sur les progrès réalisés.
 - » Convenir de délais pour le retour d'information.
 - » Intégrer les opinions dans les rapports.
 - » Veiller à ce que les bénévoles participent aux réunions du programme.
- **Demande d'autorisation à chaque étape. Les bénévoles doivent être consultés à tout moment sur le partage d'informations personnelles. Ils ont le dernier mot sur le partage des informations ; la vérification du consentement doit être permanente.**
- **Soutien émotionnel et protection.** Des contrôles du bien-être des bénévoles doivent être effectués régulièrement avant, pendant et après les séances de consultation.

⁶⁵ Plan d'action de prévention du suicide: chaque vie compte. Édinburgh : gouvernement écossais (<https://www.gov.scot/publications/scotlands-suicide-prevention-action-plan-life-matters/>, consulté le 28 janvier 2021).

- **Accord et manuel du bénévole.** Les responsabilités et les limites des bénévoles doivent être clairement consignées, y compris une liste des services de soutien en cas de crise.
- **Débriefing après le partage d'expériences vécues.** Il est essentiel d'opter pour des canaux ouverts : l'impact du partage peut être cathartique mais peut aussi déclencher des souvenirs douloureux et des émotions pénibles.
- **Prise en charge personnelle. Prendre soin de soi n'est pas en option. Les séances de bien-être sont essentielles.**

Encadré 51. Roses in the Ocean – une organisation axée sur les personnes ayant une expérience vécue du suicide, Australie

Roses in the Ocean est une organisation axée sur les personnes ayant une expérience vécue du suicide. Le personnel de cette organisation fondée en 2008 est entièrement composé de personnes ayant une expérience vécue du suicide. L'organisation a été créée à une époque où l'on parlait à peine du suicide dans les communautés australiennes et où il était évident que le gouvernement et les services avaient besoin d'entendre des personnes qui ont côtoyé le suicide. L'organisation est devenue une force motrice qui promeut une réforme majeure de la prévention du suicide en Australie, un pays où une véritable intégration des connaissances découlant de l'expérience vécue dans toutes les initiatives de prévention du suicide est désormais jugée essentielle.

Pour Roses in the Ocean, les personnes ayant une expérience vécue du suicide sont celles qui ont eu des pensées suicidaires, qui ont une tentative de suicide, qui se sont occupées d'une personne en crise de suicide ou qui ont été endeuillées à la suite d'un suicide.

Roses in the Ocean a commencé par sensibiliser la communauté en racontant des histoires vécues lors d'événements communautaires et d'entreprises, mais on s'est vite rendu compte que son rôle devait aller bien au-delà de celui d'un service de conférenciers. L'organisation a rapidement développé une série d'ateliers de renforcement des capacités pour les personnes ayant une expérience vécue du suicide, afin de développer leurs compétences et de leur fournir les connaissances nécessaires pour s'engager de diverses manières dans la prévention du suicide au sein de leur communauté locale et au niveau national.

La nécessité de travailler à la fois à la base, c'est-à-dire au niveau communautaire, en constituant une main-d'œuvre chargée de gérer les personnes ayant une expérience vécue, et au niveau stratégique, avec le secteur de la prévention du suicide et le gouvernement, était essentielle pour éclairer, influencer et améliorer activement tous les aspects de la prévention du suicide, de la conception et de la fourniture de services à la recherche, en passant par l'élaboration des politiques, etc.

Aucun financement n'ayant été accordé au cours des huit premières années, Roses in the Ocean a dû compter sur la générosité de bénévoles, dont certains travaillaient à temps plein, pour aller de l'avant. Certaines personnes essentielles dans la prévention du suicide ont commencé à écouter et à conférer de la crédibilité à Roses in the Ocean en lui ouvrant les bonnes portes au sein du gouvernement, ce qui a permis à l'organisation de gagner du terrain. Roses in the Ocean étant un organisme de bienfaisance agréé doté d'un Conseil d'administration, elle a fourni au gouvernement un moyen de faire entendre – timidement au début, puis beaucoup plus délibérément – la voix des personnes ayant une expérience vécue du suicide.

En 2018, le gouvernement australien a fourni un financement de base à Roses in the Ocean par le biais du programme national de leadership et de soutien à la prévention du suicide. Le reste des revenus de Roses in the Ocean découle des travaux rémunérés à l'acte et du financement de projets spécifiques par divers réseaux de santé primaire, par des départements de la santé des États et des territoires, et des organisations sectorielles.

Aujourd'hui, Roses in the Ocean est impliquée dans un large éventail d'activités, telles que l'organisation d'ateliers de renforcement des capacités pour les personnes ayant une expérience vécue du suicide, des services nationaux de mentorat pour les personnes ayant une expérience vécue, l'intégration de personnes ayant une expérience vécue du suicide dans des organisations et des communautés de pratique, le renforcement des capacités par la formation de la population locale ayant une expérience vécue afin de dispenser une formation des gardiens de la vie « lifekeeper » basée sur l'expérience vécue, la conception conjointe d'espaces sûrs non cliniques, le développement de la nouvelle équipe de pairs spécialisés dans la prévention du suicide, et la collaboration avec des instituts de recherche et des chercheurs pour intégrer l'expérience vécue dans la recherche et orienter de nouveaux axes de recherche.

Les étapes de la mise en place d'une main-d'œuvre pour l'expérience vécue sont les suivantes :

- tirer parti de ce qui a déjà été appris et développé dans le monde entier.
- soutenir et financer l'établissement d'une organisation pour l'expérience vécue qui :
 - » mobilise des personnes ayant une expérience vécue du suicide et désireuses d'éclairer et d'influencer la prévention du suicide ;
 - » investit dans le renforcement des capacités en expérience vécue nécessaires pour partager les histoires et les idées des personnes et participe activement aux échanges et au travail de prévention du suicide au niveau local et national ;
 - » développe un réseau pour l'expérience vécue, avec des perspectives et des compétences variées en matière d'expérience vécue ;
 - » travaille à l'intégration d'un cadre pour l'expérience vécue dans les organisations et au sein du gouvernement, avec une représentation des personnes ayant une expérience vécue à tous les échelons de gouvernance ;
 - » identifie des domaines locaux et nationaux spécifiques sur lesquels se concentrer.

Encadré 52. Intégration d'une approche à l'échelle de la nation et du gouvernement, États-Unis

La feuille de route du Président pour autonomiser les anciens combattants et mettre fin à une tragédie nationale du suicide (PREVENTS)⁶⁶ a élaboré un plan d'action triennal pour lutter contre le suicide aux États-Unis, en mettant l'accent sur les anciens combattants. La feuille de route PREVENTS a été élaborée avec le soutien total de la Maison-Blanche, ainsi que de hauts responsables de toutes les agences fédérales américaines. Pour conduire cette initiative, un expert en santé mentale du secteur non gouvernemental justifiant de 15 ans d'expérience dans la création et la coordination de grandes coalitions multisectorielles a été désigné comme Directeur exécutif. PREVENTS a tiré parti du pouvoir de rassemblement de la Maison-Blanche pour s'assurer que le gouvernement – de même que les dirigeants non gouvernementaux – participe pleinement au processus de construction et de mise en œuvre. De plus, le Directeur exécutif joint à l'initiative des organisations et des partenariats qui se sont engagés à conjuguer leurs ressources et leur expertise à l'effort. La combinaison d'un soutien politique important, de ressources adéquates fournies par les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, et d'un leadership fort et efficace pour conduire l'initiative a été la clé du succès de PREVENTS.

Plus de 150 experts en la matière issus de 15 agences fédérales ont collaboré pendant un an à l'élaboration de la feuille de route PREVENTS. Cela a permis de créer un plan de prévention du suicide reposant sur la santé publique et assorti d'objectifs tels que le changement de culture, l'accès transparent aux soins, l'établissement d'un écosystème de recherche connecté et un engagement communautaire solide. Ce plan d'action met l'accent sur une approche nationale et pangouvernementale qui continuera à tirer parti d'un réseau de partenaires et de champions composé de plus de 1000 personnes, notamment les ambassadeurs nationaux PREVENTS, et d'organisations représentant les gouvernements fédéral/étatique/local/tribal, les communautés confessionnelles, les organisations à but non lucratif, les universités, les organisations de services militaires et d'anciens combattants, et d'autres partenaires du secteur privé travaillant en collaboration pour mettre en œuvre les meilleures pratiques destinées à améliorer la santé et à prévenir le suicide. La mise en œuvre de la feuille de route PREVENTS a commencé par un processus pluriannuel qui met un accent important sur l'évaluation du programme afin de mesurer l'efficacité et l'impact de chaque domaine stratégique, ainsi que sur l'approche globale.

PREVENTS a créé un modèle complet pour inciter tous les Américains à œuvrer de concert dans les buts suivants :

- changer les mentalités autour de la santé mentale et faire progresser la compréhension des facteurs de risque et de protection sous-jacents associés au suicide au moyen d'une campagne de santé publique dynamique (la campagne de santé publique REACH⁶⁷ a été lancée en 2020 ; elle fournit aux gens les outils et les ressources nécessaires pour demander de l'aide lorsqu'ils souffrent et pour tendre la main aux personnes qui éprouvent des difficultés) ;
- concevoir et soutenir des programmes efficaces pour fournir aux anciens combattants les services dont ils ont besoin ;
- construire un écosystème de recherche qui encourage le partage et la coordination des données ; et
- en collaboration avec les agences fédérales, favoriser une culture et développer des initiatives qui promeuvent la capacité d'un individu à s'épanouir tout au long de son cycle de vie.

PREVENTS a rehaussé le débat national sur la santé mentale et le suicide : 1) en adoptant une approche nationale de santé publique visant à éduquer tous les Américains sur l'importance de la santé mentale et de la prévention du suicide ; 2) en développant une coalition solide de partenaires au sein et à l'extérieur du gouvernement ; et 3) en facilitant la collaboration et la coordination de ce premier effort national de prévention du suicide.

⁶⁶ Washington, DC: Département des Anciens combattants des États-Unis (<https://www.va.gov/prevents/>, consulté le 28 janvier 2021).

⁶⁷ Washington, DC: Département des Anciens combattants des États-Unis (<https://www.reach.gov/>, consulté le 28 janvier 2021.)

Encadré 53. Prévention et gestion du suicide, Cisjordanie et bande de Gaza

Depuis 2016, les rapports annuels de la police en Cisjordanie indiquent une augmentation des taux de suicide et de tentatives de suicide par rapport aux années précédentes⁶⁸. Dans la bande de Gaza, les données montrent également que les taux de suicide continuent de grimper, en particulier chez les jeunes et les adolescents⁶⁹. Cependant, les données sur le suicide et les tentatives de suicide en Cisjordanie et dans la bande de Gaza sont rares, la plupart des cas étant dissimulés, tolérés, non documentés ou simplement non découverts. De nombreux facteurs contribuent à l'absence d'études et de registres sur le suicide en Cisjordanie et dans la bande de Gaza : notamment la stigmatisation sociale, les idées fausses sur la religion (haram/péché), ainsi que le manque de capacités et de coordination entre les principaux acteurs sur le terrain. Ceci étant, les efforts ont été conjugués en 2017 en vue de la création du comité national de prévention du suicide en Cisjordanie et dans la bande de Gaza. Ce comité, dirigé par le ministère de la santé avec le soutien technique de l'OMS, a proposé la première stratégie nationale de prévention du suicide pour la période 2021-2026. Cette stratégie marque l'engagement des membres du comité et des principales parties prenantes en Cisjordanie et dans la bande de Gaza (acteurs gouvernementaux, Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine au Proche-Orient (UNRWA), OMS, ONG nationales et ONG internationale Médecins du Monde) à s'attaquer au problème du suicide en Cisjordanie et dans la bande de Gaza. Le comité a par ailleurs travaillé à l'accélération de la collecte de données, a mis en place un plan d'action pour différents secteurs et a encouragé les parties prenantes à octroyer des fonds pour la mise en œuvre des plans. Néanmoins, les efforts ont été bloqués par les nombreux défis à relever, notamment : le nombre limité de professionnels de la santé mentale ; les lacunes dans la prestation de services, la détection et la prévention entre les principaux prestataires (santé, éducation et protection) ; la rareté des données précises ; et la stigmatisation. En conséquence, différents membres du comité ont contribué à accroître la sensibilisation autour du sujet du suicide par le biais de campagnes multimédias nationales et ont coopéré avec les médias pour une couverture médiatique responsable. Médecins du Monde a par ailleurs mené une étude sur les facteurs de risque des tentatives de suicide en Cisjordanie en 2019⁷⁰. Sur la base des résultats de cette étude, un plan de formation destiné aux services des urgences et aux centres communautaires de santé mentale a été établi et déployé en partenariat avec le ministère de la santé. L'OMS et d'autres acteurs ont aussi organisé une formation mhGAP pour aborder la question de l'insuffisance de capacité des principaux professionnels à aborder la question du suicide. Les chefs religieux et les prestataires de services médicaux militaires seront également formés à la prévention du suicide. Malgré ces efforts récents, il est nécessaire de poursuivre la collaboration entre les différents secteurs pour mettre en place un système complet de promotion, de détection, d'orientation et de prise en charge du suicide en Cisjordanie et dans la bande de Gaza.

⁶⁸ Voir : <https://www.palpolice.ps/annual-statistics>, consulté le 28 janvier 2021.

⁶⁹ Genève : Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, Reliefweb (<https://reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/brink-gaza-s-youth-are-turning-suicide-amid-growing>, consulté le 28 janvier 2021).

⁷⁰ Neuchâtel : Médecins du Monde (https://medecinsdumonde.ch/wp-content/uploads/2020/03/2019_MdM-Suisse_Attempted-Suicide-Patients-Risk-Factors-Suicide-Prevention-Strategies-in-Palestine_Study_EN-002.pdf, consulté le 28 janvier 2021).

SENSIBILISATION ET PLAIDOYER

Encadré 54. Sensibilisation et plaidoyer, Canada

L'Association québécoise de prévention du suicide, qui ne disposait d'aucune stratégie active de prévention du suicide au Québec depuis 15 ans, a vu une opportunité de plaider en faveur de l'élaboration d'une nouvelle stratégie et a pris des mesures pour créer un collectif chargé de mobiliser les parties prenantes autour de cet objectif. Formé en 2019 et comptant près de 35 organisations membres, le collectif a rassemblé des organisations ayant un intérêt pour la prévention du suicide et la santé mentale afin de convaincre le gouvernement du Québec d'adopter une stratégie nationale dédiée à la prévention du suicide. Le groupe visait à créer un sentiment d'utilité et d'appartenance, en s'inspirant de son plan de mobilisation. Le collectif a obtenu des appuis en publiant des lettres ouvertes, en demandant des rencontres avec des représentants du gouvernement, en tenant une conférence de presse lors de la Journée mondiale de prévention du suicide, en sollicitant le soutien de la population en général, en organisant des réunions d'information et en menant des consultations sur l'ensemble du territoire québécois. Des actions concrètes ont été planifiées et réalisées sur une période de 10 mois. En octobre 2019, le ministre de la Santé du Québec a annoncé la création d'une stratégie nationale globale de prévention du suicide.

Encadré 55. Journée mondiale de la santé mentale et Journée mondiale de la prévention du suicide

La prévention du suicide a été choisie comme thème de la Journée mondiale de la santé mentale 2019, qui se tient le 10 octobre. Étant donné que la Journée mondiale de prévention du suicide a lieu exactement un mois plus tôt, il a été décidé de mettre en place une initiative s'étendant sur un mois. Sept mois étaient consacrés à la préparation de la Journée mondiale de prévention du suicide. L'objectif était de mettre en lumière le problème du suicide par rapport aux principales données mondiales – en effet, une personne se suicide toutes les 40 secondes. Des vidéos animées ont été développées pour cibler les principaux groupes de sentinelles (par exemple, les enseignants⁷¹, les équipes d'intervention d'urgence⁷², les employeurs⁷³, les agents de santé⁷⁴) et des documents d'information supplémentaires ont été élaborés⁷⁵. Talinda Bennington, cofondatrice de 320 Changes Direction⁷⁶ et influenceuse ayant une expérience vécue du suicide, a été désignée comme une championne de la prévention du suicide. Elle s'est engagée dans de multiples activités sur les réseaux sociaux, notamment un Twitter live, trois Facebook Lives, et une prise de contrôle d'Instagram. Son action comprenait également une réunion avec le Directeur général de l'OMS et un appel conjoint à la participation à l'initiative. Un groupe de planification de base composé d'organisations intergouvernementales et non gouvernementales traitant de la prévention du suicide et de la santé mentale a été créé pour coordonner les efforts autour d'une activité de plaidoyer (40 secondes d'action) entre l'OMS, l'Association internationale pour la prévention du suicide, la Fédération mondiale pour la santé mentale et United for Global Mental Health. Cette démarche a permis de diffuser davantage les messages fondamentaux de la campagne, des personnalités influentes de renommée mondiale ayant pris part à l'activité. Le succès de l'initiative a été mesuré par le nombre de visites du site Web afin d'accéder aux ressources, le nombre de vues et de partages sur les réseaux sociaux, et la localisation géographique des visiteurs du site Web. Une augmentation de 160 % des visites du site Web a été observée après le lancement de la campagne.

⁷¹ Voir: https://www.youtube.com/watch?v=Le7n6i0dpTI&feature=emb_logo, consulté le 28 janvier 2021.

⁷² Voir: https://www.youtube.com/watch?v=ECarCNxgM-4&feature=emb_logo, consulté le 28 janvier 2021.

⁷³ Voir: https://www.youtube.com/watch?v=C0iQLEwABpc&feature=emb_logo, consulté le 28 janvier 2021.

⁷⁴ Voir: https://www.youtube.com/watch?v=Fy7n8SfwS_A&feature=emb_logo, consulté le 28 janvier 2021.

⁷⁵ Ce que les secouristes, les professionnels de la santé, les enseignants, les agents pénitentiaires, les professionnels des médias et les employeurs peuvent faire pour aider à prévenir le suicide. Genève : Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-handouts>, consulté le 28 janvier 2021).

⁷⁶ Voir: <https://www.changedirection.org/320-changes-direction/>, consulté le 28 janvier 2021.

⁷⁷ Dépliant de la Journée mondiale de la santé mentale 2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide/flyer-40seconds-web.pdf?sfvrsn=5ba643c_2, consulté le 28 janvier 2021).

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Encadré 56. Adaptation d'une formation de « sentinelles » reposant sur des bases factuelles aux populations LGBTIQ, Australie

Le gouvernement australien a présenté une série de réformes de la politique de prévention du suicide qui associent un leadership national fort à des efforts régionaux systématiques qui prennent en compte les différences locales. L'essai national sur la prévention du suicide (*National Suicide Prevention Trial – NSPT*) est une initiative majeure faisant intervenir 11 réseaux de santé primaire qui adoptent une approche systémique pour faire établir des services améliorés en faveur des personnes susceptibles de se suicider. Le gouvernement australien a créé des réseaux de santé primaire pour accroître l'efficacité et l'efficacité des services médicaux, réduire la fragmentation des soins et améliorer les résultats escomptés en matière de santé de l'ensemble de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables.

Le North Western Melbourne Primary Health Network (NWMPHN) est le seul réseau de santé primaire du Victoria à participer à l'essai NSPT. Le NWMPHN est le plus grand des six réseaux de santé primaire du Victoria. Il dispose d'une zone de déserte d'environ 1,6 million de personnes et couvrant des communautés très diverses, du quartier central des affaires et du centre-ville de Melbourne aux banlieues en pleine expansion du nord et de l'ouest sur le dispositif de localisation des réseaux de santé primaires du ministère de la santé.

L'essai NSPT du NWMPHN se concentre sur la population vulnérable constituée des communautés lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes et queer (LGBTIQ). Les Australiens LGBTIQ ont des résultats en matière de santé mentale et des comportements suicidaires nettement moins importants, et une grande proportion d'Australiens LGBTIQ résident au nord-ouest de Melbourne. Les activités de l'essai NSPT sont conduites par le groupe de travail LGBTIQ, composé de représentants d'organisations et d'organismes de défense des droits des LGBTIQ, de représentants de la communauté LGBTIQ au sens large, et de personnes ayant une expérience vécue du suicide. Le groupe de travail a identifié un besoin d'éducation et de formation visant à renforcer les capacités du secteur des services spécialisés LGBTIQ et des autres personnes travaillant avec la communauté LGBTIQ, afin de développer des compétences nécessaires pour identifier les signes avant-coureurs d'une mauvaise santé mentale et du suicide chez les LGBTIQ.

LivingWorks Australia a commencé à travailler avec des représentants du groupe de travail et de la communauté LGBTIQ en vue d'adapter les méthodes existantes de prévention du suicide et d'intervention reposant sur des bases factuelles (ASIST et safeTALK) à ce groupe de personnes. Tous les programmes de LivingWorks ont fait l'objet d'une conception et d'un développement approfondis et sont régulièrement mis à jour afin de tenir compte des données factuelles les plus récentes et des connaissances relatives aux meilleures pratiques en matière de prévention du suicide. Les programmes de formation ont été adaptés dans le cadre d'un vaste processus de conception conjointe avec les parties prenantes LGBTIQ, dans l'optique de rendre les ateliers sûrs et inclusifs et de renforcer la capacité des secteurs LGBTIQ et traditionnels plus larges à satisfaire les membres de la communauté LGBTIQ qui ont besoin d'un soutien en termes d'intervention face au suicide.

À la fin de l'année 2020, un total de 206 personnes, dont 33 leaders de la communauté LGBTIQ, auxquels s'ajoutent 10 formateurs ASIST et sept formateurs safeTALK, avait été formé à l'ASIST et au safeTalk, via un modèle de formation des formateurs. Un certain nombre de ces formateurs sont désormais des formateurs ASIST et safeTALK agréés, qui continueront à dispenser des formations adaptées et à promouvoir la durabilité du projet après la fin de l'essai en juin 2021.

En outre, un guide de formation intitulé *Essential understanding guide for delivering LivingWorks education training to LGBTIQ populations* a été élaboré en collaboration avec la communauté LGBTIQ. Ce guide est conçu pour compléter le manuel du

formateur ASIST et est destiné aux formateurs qui dispensent la version d'ASIST destinée aux LGBTIQ. Il fournit également aux formateurs existants des orientations sur la manière de s'assurer que leur formation est toujours sûre et ouverte à tous les participants de la communauté LGBTIQ.

Les retombées du projet sont les suivantes :

- la création d'ateliers de formation sûrs et inclusifs pour les communautés LGBTIQ et par les communautés LGBTIQ ; et
- le renforcement de la capacité des organisations LGBTIQ à devenir des communautés moins en proie au suicide.

Un participant à l'atelier a déclaré ce qui suit :

« L'intégration de l'ensemble des personnes queer dans l'atelier a conféré un sentiment de sécurité et a constitué l'une des meilleures composantes de la formation. »

Encadré 57. Projet de formation des sentinelles communautaires, Canada

Le projet de formation des sentinelles communautaires (*Community Gatekeeper Suicide Prevention Training Project*) en Colombie-Britannique a été créé pour mettre en place un réseau de personnes formées officiellement, capables d'identifier et de soutenir les personnes qui présentent des signes de détresse ou de risque de suicide, et de les mettre en relation avec les services disponibles. Les 9466 sentinelles impliquées dans le projet ont été sélectionnées sur la base de leurs contacts directs fréquents avec les membres de leur communauté, de leur position de responsabilité et de confiance, de leur connaissance des ressources communautaires et de leur capacité à encourager la recherche d'aide chez les autres. Ces sentinelles ont reçu la formation safeTALK ou ASIST de LivingWorks, et le projet a ajouté plus de 40 formateurs à la capacité globale de formation de la province. Ce projet a débuté en 2015 grâce à un investissement ponctuel de 3 millions de dollars canadiens du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique en faveur de la division de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale. Bien que les activités se soient terminées en 2018, les travaux futurs, qui s'appuient sur les succès du projet de formation des sentinelles, seront soutenus par un fonds de durabilité qui a été généré par les frais d'atelier.

Encadré 58. Renforcement des capacités, République islamique d'Iran

Dans le but de gérer les préjudices sociaux causés par le suicide, y compris les comportements suicidaires, un centre de consultation a été créé parmi les 136 universités et collèges appartenant au ministère de la science, de la recherche et de la technologie, dans le but de fournir des services de consultation et de santé mentale. Le programme global de prévention du suicide dans les universités a été créé en 2007 et a été mis à jour pour la dernière fois en 2018. Le programme comporte deux éléments de renforcement des capacités. Le premier prévoit une structure administrative dans chaque université ou collège, y compris des principaux responsables des universités/collèges qui devront intervenir dans les situations de crise telles que les tentatives de suicide. Le deuxième élément est la mise en place d'un comité de soutien par les étudiants, l'association des aides en santé mentale (SAMNH), qui sont formés dans le cadre du programme BTE : B pour Bepors (demander), T pour Targhib (encourager) et E pour Erja (orienter). De multiples ateliers ont été organisés pour former et recycler les membres, et une réunion nationale est organisée tous les ans par l'association SAMHH.

Encadré 59. Programme de santé mentale et de soutien psychosocial de l'OIM : prévention du suicide et intervention, Irak

Conformément au manuel sur la santé mentale et le soutien psychosocial communautaires dans les situations d'urgence et de déplacement de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), le programme de santé mentale et de soutien psychosocial de l'OIM Irak a inclus la prévention et la réponse au suicide comme l'une des activités stratégiques de son portefeuille de stabilisation communautaire après avoir vérifié le niveau de priorité de ce sujet au sein des communautés concernées.

En 2019, l'OIM Irak a organisé des discussions de groupe dans différents camps et en dehors afin de comprendre les perceptions de la communauté et les facteurs de risque associés au suicide chez les personnes déplacées. L'OIM a relevé que l'insuffisance d'informations sur les facteurs de risque et de protection et la méconnaissance du soutien qui pourrait être apporté par la communauté constituent des défis essentiels qui contribuent à la stigmatisation autour du suicide et à l'absence d'interventions appropriées. L'équipe SMSPS de l'OIM a mis au point un programme de sensibilisation qui s'adresse à différents publics tels que les agents de santé, les personnes travaillant dans les écoles, et les familles qui ont perdu un membre à la suite d'un suicide. Un dépliant décrivant les idées fausses courantes sur le suicide, destiné au grand public, a été élaboré. Les dépliants étaient disponibles en anglais, en arabe, en sorani et en kurde badini. Les versions électroniques ont été distribuées à tous les membres du groupe de travail technique sur le SMSPS en Irak. L'OIM a fait don de milliers d'exemplaires aux ministères de la Santé de Bagdad et d'Erbil, ainsi qu'à de nombreuses ONG locales et internationales qui ont demandé des exemplaires imprimés.

L'équipe SMSPS de l'OIM en Irak a reconnu l'insuffisance de ressources humaines formées qui pourraient inciter la communauté à sensibiliser la population sur un sujet qu'ils considèrent comme très sensible. Entre 2019 et 2020, l'OIM a organisé une série de cours de formation de formateurs pour fournir aux participants (les agents de santé, les personnes travaillant dans les écoles, les familles qui ont perdu quelqu'un à la suite d'un suicide, par exemple) les connaissances et les compétences nécessaires pour sensibiliser la communauté au suicide et surmonter les obstacles liés à la stigmatisation et au caractère délicat de ce sujet. Quelque 200 personnes issues de 10 gouvernorats de différentes régions d'Irak ont été formées afin d'éduquer leurs communautés sur les facteurs de risque, les facteurs de protection, les moyens possibles de prévenir le suicide et la manière de fournir un soutien bref aux individus et aux familles au niveau communautaire jusqu'à ce qu'une aide professionnelle soit disponible. L'OIM a aidé certains participants à organiser des sessions de sensibilisation communautaire dans les camps pour personnes déplacées, les établissements informels et les villages. Ces sessions ont été l'occasion d'assurer une supervision et un encadrement « sur le tas » afin de garantir l'efficacité de la formation. C'était également une occasion propice pour mettre à l'essai le matériel de sensibilisation et de le rendre plus convivial.

Encadré 60. Évaluation de la formation des sentinelles communautaires, Pays-Bas

Le programme néerlandais de formation des sentinelles est un cours de quatre heures dispensé par deux formateurs. Le programme comprend une introduction au suicide, aux facteurs de risque et à la prévention, ainsi que des jeux de rôle répétés pour mettre en pratique les compétences et mieux comprendre comment orienter les personnes vers un soutien supplémentaire. L'organisation 113 Suicide Prevention a évalué l'efficacité de la formation entre 2015 et 2016, période au cours de laquelle 42 sessions de formation ont été menées auprès de 526 personnes (Terpstra et al., 2018). Les participants à la formation de sentinelles provenaient des secteurs des soins de santé, de l'éducation et socio-économique, ainsi que des secteurs de la sécurité et de la justice, des transports et confessionnel (églises et mosquées). La formation des sentinelles a démontré son efficacité à accroître les connaissances et les compétences en matière de prévention du suicide et à renforcer l'assurance des sentinelles. Il est intéressant de noter qu'il n'y a pas eu d'effet sur le nombre de personnes identifiées comme étant à risque par les sentinelles, ni sur le nombre d'orientations-recours vers d'autres services.

Encadré 61. Prévention du suicide, Turquie

Les activités nationales de prévention du suicide en Turquie ont été restructurées conformément au plan d'action national pour la santé mentale (2011-2023). En 2019, il a été demandé à toutes les provinces de Turquie d'identifier un point focal pour diriger les travaux relatifs à la prévention du suicide. Ces professionnels ont été formés par le ministère de la santé sur l'élaboration de plans locaux de prévention du suicide dans leur province, ainsi que sur les orientations-recours post-intervention et sur l'importance d'une évaluation psychiatrique rapide. Les risques pouvant varier d'une région à l'autre, il a été demandé à ces professionnels formés d'identifier les facteurs de risque régionaux de suicide dans leur province et les sources de soutien pour les personnes ayant des pensées suicidaires ou ayant tenté de se suicider. À cette fin, des « comités provinciaux pour la prévention du suicide » ont été créés sous la coordination de chaque direction provinciale de la santé. Ces comités sont constitués des représentants de la direction provinciale de la sécurité, du commandement provincial de la gendarmerie, de la direction provinciale de la famille, du travail et des services sociaux, du bureau provincial du mufti, de la direction provinciale de l'éducation nationale, de la municipalité et des ONG. Ces comités travaillent en collaboration avec toutes les unités capables de fournir des services sur le terrain. Fin 2018, toutes les provinces ont élaboré leur propre plan d'action provincial de prévention du suicide afin de mettre en œuvre efficacement les activités. Les activités sont rapportées au ministère de la santé deux fois par an. Ces activités comprennent notamment l'adaptation des brochures de ressources de l'OMS sur la prévention du suicide au contexte turc en 2015. Ces brochures sont utilisées dans tout le pays dans le cadre de formations de renforcement des capacités dispensées à cinq corps de métier : médecins de famille, infirmiers en soins primaires, enseignants, journalistes et personnel pénitentiaire. Depuis 2015, ces formations ont été dispensées à 155 426 personnes. Le ministère de la santé a réussi à assurer une coopération mutuelle entre les forces de l'ordre, les universitaires, les ONG et les professionnels de la santé. Il a notamment mis au point une formation destinée au personnel de la police, qui joue un rôle primordial dans la prévention du suicide dans le pays.

SURVEILLANCE

Encadré 62. Registre des suicides du Queensland, Australie

Le registre des suicides du Queensland (Queensland Suicide Register – QSR) est un système de surveillance de la mortalité imputable au suicide géré par des chercheurs de l’Australian Institute for Suicide Research and Prevention (AISRAP) de l’Université Griffith et financé par la Queensland Mental Health Commission. Le registre est le fruit d’une étroite collaboration avec les services de police du Queensland et la cour du coroner du Queensland. En raison du besoin d’informations en temps réel, l’AISRAP a mis en place un QSR provisoire (iQSR) en 2011.

Le QSR contient un large éventail d’informations sur les suicides enregistrés dans le Queensland depuis 1990. Les informations proviennent de quatre principales sources, y compris : les rapports de police relatifs à des décès, transmis à un médecin légiste ; les rapports d’autopsie post mortem ; les rapports de toxicologie ; et les rapports de médecins légistes. L’AISRAP reçoit les formulaires de police à partir du QPS et du CCQ. L’AISRAP accède au National Coronial Information System (NCIS) pour obtenir d’autres rapports. Des vérifications croisées supplémentaires sont effectuées par les services d’enregistrement des naissances, des décès et des mariages du Queensland (Queensland Registry of Births, Deaths and Marriages). Chaque cas de suicide suspect est enregistré en deux étapes, notamment dans l’iQSR (registre provisoire des suicides du Queensland - Interim Queensland Suicide Register) et le QSR (registre des suicides du Queensland - Queensland Suicide Register). À la première étape, les informations provenant des rapports électroniques de police relatifs à tous les suicides suspects sont ajoutées à l’iQSR trois fois par semaine. À la deuxième étape, une investigation médico-légale s’achève et les cas sont clos dans le NCIS. Les cas sont ensuite transférés de l’iQSR au QSR, accompagnés de données supplémentaires provenant de divers rapports en cours de saisie et contre-vérifiés par des assistants de recherche formés.

À l’aide d’un arbre de décision, le personnel du QSR procède au codage de tous les décès dans l’un des quatre niveaux de probabilité suivante : improbable, possible, probable ou au-delà du doute raisonnable. Seuls les décès entrant dans les catégories « probable » et « au-delà du doute raisonnable » sont notifiés.⁷⁸ Le QSR est la principale source de données qui éclaire les stratégies de prévention du suicide et d’autres activités et évaluations en matière de prévention du suicide du Queensland.

© WHO / Christine McNab



⁷⁸ <https://www.griffith.edu.au/griffith-health/australian-institute-suicide-research-prevention/research/qsr>, consulté le 28 janvier 2021.

Encadré 63. Surveillance des traumatismes volontaires, Brésil

La sensibilisation, les investissements financiers et l'inclusion de la prévention du suicide dans le programme de santé sont les principaux éléments ayant contribué à la réussite de la surveillance des traumatismes volontaires au Brésil, qui est intégrée au système national de surveillance de la violence et des accidents. En 2006, le Ministère brésilien de la santé a publié un arrêté ministériel (Portaria 1.876, août 2006) qui définit des directives nationales pour la prévention du suicide à mettre en œuvre à tous les niveaux de gouvernance (fédéral, étatique, municipal). De 2006 à 2008, le Ministère de la santé a mis en place le système de surveillance de la violence et des accidents, y compris la notification obligatoire des cas d'autodestruction par les services d'urgence et spécialisés (par exemple les centres d'écoute des femmes ou les centres de référence d'intervention pour la violence), ainsi que le financement de la mise en œuvre du système de surveillance aux niveaux étatique et municipal. En 2011, le Ministère de la santé a publié un nouvel arrêté ministériel qui rend obligatoire l'établissement de rapports sur la surveillance des cas d'autodestruction et des tentatives de suicide pour tous les services de santé (non seulement les services spécialisés et d'urgence), et définit les critères et les responsabilités concernant les professionnels de la santé et des services de santé. En 2014, le Ministère de la santé a rendu public un nouvel arrêté ministériel qui oblige les secrétaires à la santé des municipalités à signaler les tentatives de suicide dans les 24 heures. Une loi a été adoptée en 2019 qui établissait la politique nationale de prévention de l'autodestruction et du suicide, à mettre en œuvre par le gouvernement fédéral en coopération avec les États, le district fédéral et les municipalités.

Encadré 64. Observatoire des comportements suicidaires, Amérique centrale et République dominicaine

L'observatoire des comportements suicidaires en Amérique centrale et en République dominicaine,⁷⁹ qui a été coparrainé par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et le Conseil des ministres de la santé en Amérique centrale et en République dominicaine (COMISCA), a été créé en 2013 en tant qu'espace interdisciplinaire et intersectoriel pour la collecte des données et la production d'informations sur les comportements suicidaires en Amérique centrale et en République dominicaine. L'observatoire a pour mission de compiler des données épidémiologiques officielles et en temps voulu qui permettent de caractériser les comportements suicidaires dans les pays afin de renforcer les capacités nationales de prise de décision sur la création et la conception de plans et de programmes reposant sur des bases factuelles.

Les données de mortalité en Amérique latine sont décrites comme « irrégulières », en particulier par rapport aux données des pays européens (Bertolote & Fleischmann, 2002). Il existe d'autres problèmes, dont l'un des plus importants est le retard dans la communication des données. (OPS, 2014). D'autre part, on note des écarts considérables dans les taux de suicide entre les différents pays, même entre certains pays ayant des niveaux de développement similaires (Liu, 2009), ce qui indique probablement des problèmes de méthode (OPS, 2016). La proposition de créer un observatoire sous-régional des comportements suicidaires a été faite pour renforcer les systèmes d'information en santé mentale et améliorer l'analyse des problèmes et la prise de décision fondée sur des données épidémiologiques fiables. Les données sur les suicides commis ont été collectées dès le départ, mais ces données ont été récemment étendues pour inclure les informations sur les tentatives de suicide.

⁷⁹ Bureau virtuel de gestion de la santé, de l'information et de la communication de l'Intégration de l'Amérique centrale et de la République dominicaine (http://comisca.net/content/observatorio_suicidio, consulté le 28 janvier 2021).

Encadré 65. Système de surveillance de l'autodestruction du Centre hospitalier universitaire Aga Khan (AKUH-SHMS), Pakistan

Le Centre hospitalier universitaire Aga Khan (AKUH) est un hôpital universitaire privé de 700 lits situé à Karachi, la plus grande ville du Pakistan, avec une population d'environ 22 millions d'habitants. L'hôpital utilise le système de gestion de l'information hospitalière (HIMS) pour ses dossiers médicaux. Il reçoit chaque année environ 60 à 65 cas d'autodestruction. Les cas d'autodestruction se composent de trois groupes : les cas de tentatives médicalement graves qui sont admis à l'hôpital ; les cas qui sortent d'hôpital après un traitement médical aux urgences ; et ceux qui sortent contre avis médical (SCAM). Tous les patients qui s'autodétruisent sont transférés à l'équipe de psychiatrie de garde pour évaluation et les données sont consignées dans les dossiers médicaux des patients. Des ateliers de formation sont organisés périodiquement pour le personnel médical, psychiatrique et infirmier sur l'évaluation et l'enregistrement des informations essentielles des cas d'autodestruction.

En 1990, le département de psychiatrie a mis en place un registre des cas d'autodestruction se présentant à l'AKUH. Les données sont extraites des dossiers médicaux et enregistrées sur un formulaire d'extraction de données spécialement conçu à cet effet (comprenant des détails sur la sociodémographie, les méthodes utilisées, le type de substance, l'accessibilité, l'intention, la raison de l'automutilation, le diagnostic psychiatrique, l'élimination et le suivi). Ensuite, elles sont saisies dans une base de données informatisée par un agent de recherche. Des réunions trimestrielles sont organisées pour examiner les données et la qualité de la base de données. Actuellement, la plupart des informations sont saisies par voie électronique.

Même si l'AKUH reçoit un nombre relativement faible de cas d'autodestruction à Karachi, la base de données a fourni des informations utiles sur les modes d'autodestruction et a donné lieu à plusieurs publications. Les conclusions de certaines recherches de base sur l'autodestruction au Pakistan sont le fruit des informations générées par la base de données du système de prise en charge des cas d'autodestruction (SHMS) de l'AKUH (par exemple, taux élevé d'automutilation chez les jeunes femmes mariées, faible taux de récurrence d'actes d'autodestruction et suicidaire, utilisation élevée de benzodiazépines, faible utilisation d'analgésiques dans les actes d'autodestruction) (Khan & Reza, 1998; Syed & Kahn, 2008; Zakiullah et al., 2008).

Parmi les facteurs essentiels contribuant à la pérennité du système de surveillance figurent la direction du département, la présence d'un chercheur spécialisé, la formation et l'éducation du personnel médical et infirmier, la documentation et la tenue des dossiers médicaux ; les systèmes d'information ; et le contrôle de la qualité.

Le SHMS de l'AKUH reste la seule base de données sur l'autodestruction dans le pays et constitue un excellent exemple de système peu coûteux, nécessitant peu de ressources et basé sur des données recueillies régulièrement dans un établissement de santé. Cela est particulièrement utile pour les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire qui ne disposent pas de systèmes nationaux de surveillance des cas d'autodestruction.

LIMITER L'ACCÈS AUX MOYENS DE SUICIDE

Encadré 66. Interdiction de pesticides, Bangladesh

En 2000, le bureau d'enregistrement des pesticides du Bangladesh a retiré de l'usage agricole tous les pesticides faisant partie de la classe de danger I selon l'OMS, y compris les insecticides organophosphorés hautement toxiques que sont le dichlorvos, le parathion, le parathion-méthyl, le monocrotophos et le phosphamidon. Au cours des années suivantes, le taux de suicide lié aux pesticides a chuté de façon spectaculaire, passant de 6,3 pour 100 000 en 1996 à 2,2 pour 100 000 en 2014, soit une réduction de 65,1 % (Chowdhury et al., 2018). Étant donné que les taux de décès par pendaison sont restés les mêmes au cours de cette période, il semble que ces interdictions aient réduit le nombre global de suicides. Dans le même temps, aucun élément de preuve ne montre que ces interdictions ciblées d'insecticides aient eu un quelconque effet sur la production agricole.

Encadré 67. Limiter l'accès aux moyens de suicide dans les communautés, Canada

Dans la communauté de La Ronge, dans le nord de la province de Saskatchewan (Canada), le groupe de travail sur la sécurité des moyens de suicide met en œuvre un programme de sécurité des médicaments dans l'ensemble de la communauté comme stratégie pour limiter l'accès aux moyens létaux. Adoptant une approche multidimensionnelle, le coordonnateur communautaire de La Ronge adapte un livret intitulé : *Creating a Safer Home* (Créer un foyer plus sécurisé) qui contient des informations sur le soutien local. Il propose également des programmes d'éducation virtuelle en partenariat avec le pharmacien local et distribue des boîtes à médicaments aux personnes identifiées comme présentant un risque élevé de suicide. Les boîtes à médicaments sont distribuées par des cliniciens dans les principaux sites de services de santé de la communauté aux soignants de personnes ayant eu des pensées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide. Les leçons apprises à La Ronge permettent d'aider directement les communautés ailleurs à la Saskatchewan où les coordonnateurs locaux adaptent le programme pour répondre aux besoins de leurs propres communautés. À l'avenir, le groupe de travail sur la sécurité des moyens de suicide à La Ronge a identifié l'usage de l'alcool comme un autre domaine important à explorer la programmation de la sécurité des moyens de suicide à l'avenir.

Encadré 68. Limiter l'accès aux pesticides, Fidji

Le gouvernement fidjien a interdit l'importation, la vente et l'usage de deux types de pesticides (paraquat et imidaclopride) à compter du 1er janvier 2020. Le paraquat a été lié à un certain nombre de suicides aux Fidji et il a été démontré que ce pesticide a un effet néfaste sur l'environnement. L'adhésion du gouvernement était essentielle pour l'adoption de la mesure d'interdiction des pesticides. L'importance de l'interdiction a été soulignée au gouvernement par les canaux suivants : 1) une approche multisectorielle associant le Ministère de l'agriculture, le Ministère de la santé et des ONG actives dans le domaine de l'agriculture biologique afin de faire connaître les raisons de l'interdiction ; et 2) la mise à profit de la couverture médiatique des suicides pour montrer l'importance de l'interdiction.

Le comité national de prévention du suicide du Ministère de la santé a demandé la restriction des pesticides pour prévenir les suicides. Le Ministère de l'agriculture a recommandé l'interdiction des pesticides en raison de leurs effets négatifs sur l'environnement (animaux, approvisionnement en eau, santé humaine). Dans le même temps, les ONG et les communautés

ont fait pression en faveur de l'agriculture biologique utilisant des pesticides naturels aux Fidji en raison de l'impact négatif du paraquat et de l'imidaclopride sur les terres. La protection de la terre et de l'environnement fait partie intégrante de l'identité et de la culture fidjiennes.

La couverture médiatique a été utilisée pour souligner l'importance de la prévention du suicide, et donc de l'interdiction des pesticides. La couverture médiatique comprenait des campagnes sur la prévention du suicide menées par le comité national de prévention du suicide, des histoires personnelles de suicide partagées par des membres de la communauté de haut rang sur les médias sociaux et des données sur les suicides fournies par les forces de police.

Une résistance à l'interdiction a été constatée chez les agriculteurs qui utilisaient régulièrement ces pesticides et chez les vendeurs de ces produits. Pour surmonter ces obstacles, le Ministère de l'agriculture et les ONG intervenant dans l'agriculture biologique se sont engagés directement auprès des agriculteurs et des vendeurs pour les sensibiliser aux dangers de ces pesticides et leur indiquer où trouver des alternatives. Sensibilisation axée sur les avantages pour le changement climatique et la santé. Afin de laisser aux agriculteurs et aux vendeurs le temps de s'adapter aux changements imminents, l'initiative de sensibilisation a commencé six mois avant l'entrée en vigueur de l'interdiction.

Le caractère descendant de l'interdiction gouvernementale signifiait que l'interdiction est respectée, soulignant ainsi l'importance de l'adhésion du gouvernement.

« *Nous ne pouvons pas le faire seuls, en vase clos* »

Mme Tavaita Sorovanalagi Matakaca, chargée du projet national de prévention du suicide, Ministère de la santé, Fidji.

Le Comité national de prévention du suicide a profité de cette occasion pour promouvoir le bien-être mental comme moyen de prévenir les suicides (par exemple, en sensibilisant la communauté à la gestion du stress). Le gouvernement surveille le nombre de suicides dans le pays pour évaluer l'impact de l'interdiction des pesticides. Les premières données de janvier –à mai 2020 ont révélé une baisse des taux de suicide par rapport à 2019.

Encadré 69. Interdiction du paraquat, Malaisie

L'empoisonnement par les pesticides est la deuxième méthode de suicide en Malaisie. Le pays a commencé à interdire totalement le paraquat le 1er janvier 2020. Le paraquat est un herbicide qui est associé à une létalité particulièrement élevée lorsqu'il est ingéré, car il n'existe pas d'antidote ni de traitement efficace pour l'empoisonnement au paraquat. Les taux d'empoisonnement au paraquat avaient été multipliés par 5,5 en 2015 par rapport aux taux enregistrés en 2006, lorsque l'utilisation restreinte était autorisée après la décision initiale d'interdire le paraquat en 2002. (Leong et al, 2018). La mise en œuvre dans le monde réel d'une interdiction du paraquat pour réduire l'accès aux pesticides mortels nécessite d'aborder l'accessibilité des alternatives durables au paraquat dans les communautés agricoles.

COLLABORER AVEC LES MÉDIAS POUR UNE COUVERTURE RESPONSABLE DU SUICIDE.

Encadré 70. Adaptation et mise en œuvre de directives pour une couverture médiatique responsable du suicide, Slovénie

En 2010, l'Institut national de la santé publique, l'Institut UP Andrej Marusic (le Centre slovène de recherche sur le suicide), l'Organisation nationale pour la qualité de la vie (OZARA) et l'Association slovène pour la prévention du suicide ont collaboré pour adapter les directives pour les médias au contexte slovène et pour les mettre en œuvre. La publication de l'OMS intitulée *La prévention du suicide : indications pour les professionnels des médias* a été traduite en slovène. Le groupe de travail a collaboré avec des professionnels des médias pour recueillir des commentaires sur l'utilité et la clarté du texte et les directives ont été adaptées pour tenir compte de leurs opinions. Le groupe de travail a publié la version finale des directives pour les médias slovènes lors de la Journée mondiale de prévention du suicide (2010), à l'occasion d'un événement de lancement auquel ont participé d'éminents professionnels des médias. La diffusion a été coordonnée par l'Institut national de santé publique. Les représentants des médias de chaque région sanitaire de Slovénie ont été invités à plaider en faveur des directives, et les représentants des médias locaux ont été encouragés à participer à des ateliers de formation de 90 minutes. Ces ateliers visaient à faciliter un échange d'opinions entre les experts sur la prévention du suicide et les médias plutôt qu'à adopter une démarche conflictuelle ou basée sur l'apport d'information par les experts. Des copies des directives ont également été envoyées aux associations de médias, qui ont été invitées à les diffuser auprès de leurs membres.

Une recherche a été menée pour déterminer si l'intervention (la directive et les ateliers) était efficace pour améliorer la qualité des rapports sur le suicide (Roškar et al., 2017). Des articles de presse ont été récupérés par l'intermédiaire d'une agence de surveillance des médias sur deux périodes de 12 mois - l'une avant l'introduction des directives, l'autre après leur diffusion. Les articles ont été évalués quant à la présence d'indicateurs qualitatifs clés d'une couverture responsable, suivant les directives. L'étude a révélé que le nombre total d'articles sur le suicide avait considérablement diminué après l'intervention. Pour six des onze recommandations contenues dans les directives, des changements importants ont été observés dans la direction attendue. Cependant, aucune réduction considérable n'a été notée dans la couverture de la méthode et du lieu du suicide, et l'on a constaté une certaine augmentation de l'utilisation de matériel photographique inapproprié. Les chercheurs ont suggéré qu'à l'avenir, la promotion des directives serait renforcée par des ateliers avec les rédacteurs, les journalistes et les photographes séparément, afin de répondre à leurs différents besoins et exigences professionnelles.

IDENTIFIER, ÉVALUER, PRENDRE EN CHARGE ET SUIVRE RAPIDEMENT TOUTE PERSONNE TOUCHÉE PAR DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Encadré 71. Réseau d'animateurs de groupes de soutien aux personnes endeuillées par le suicide, Canada

À la suite d'un effort de sensibilisation menée à l'échelle nationale, l'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS) a constaté un intérêt croissant pour la création d'un mouvement dynamique portant spécifiquement sur les préoccupations, les besoins et les initiatives en matière de deuil et de postvention suite à un suicide. En réponse, l'association a lancé une Alliance pour le deuil et la postvention suite à un suicide afin de combler cette lacune. L'une des principales priorités de l'Alliance est de créer un réseau d'animateurs de groupes de soutien aux personnes endeuillées à la suite d'un suicide. L'objectif de ce réseau est de réunir des personnes apportant un soutien à des personnes endeuillées dans un cadre collectif afin d'échanger des connaissances, d'identifier et de promouvoir les meilleures pratiques, de réduire l'isolement et d'accroître le soutien. Les principaux rôles du réseau sont les suivants : 1) créer un espace pour le soutien mutuel et le partage d'expériences (défis et célébrations) et de meilleures pratiques pour les facilitateurs offrant des services de soutien suite à un suicide ; et 2) réduire l'isolement des facilitateurs individuels dans les régions urbaines et rurales du Canada. Le réseau sera officiellement lancé en début 2021.

Encadré 72. Suivi des personnes ayant fait une tentative de suicide, République islamique d'Iran

Dans le cadre de la planification et de la mise en œuvre du programme de prévention du suicide de la République islamique d'Iran, un nouveau programme a été lancé en 2017 dans l'une des provinces occidentales du pays - l'Azerbaïdjan occidental, qui affiche un taux de suicide élevé. Le programme était fondé sur : 1) un registre des personnes ayant tenté de se suicider dans les services d'urgence ; 2) une continuité des soins par un suivi téléphonique des personnes ayant tenté de se suicider et un bref accompagnement psychologique ; et 3) l'incitation des personnes ayant tenté de se suicider à utiliser les services de santé mentale. Dans un premier temps, un comité d'orientation a été mis en place avec la participation des services de police, de l'organisation de la sécurité sociale, d'un représentant du département de la promotion de la femme du Cabinet du président de l'Iran, du département de médecine légale, de la société scientifique iranienne pour la prévention du suicide (IRSSP) en tant qu'ONG, de l'organisation régissant la télévision et du département de l'éducation. Le comité d'orientation était conduit par le bureau de la santé mentale du Ministère de la santé. L'IRSSP était chargée de conduire le programme dans le département de la santé et de traitements de l'Université médicale de l'Azerbaïdjan occidental. Au niveau provincial, un comité d'orientation avait une représentation similaire, chaque participant ayant ses propres fonctions dans la province de l'Azerbaïdjan occidental. Chaque participant avait ses propres responsabilités en matière de sensibilisation du public par le biais de l'organisation de télévision, de soutien social par l'intermédiaire de l'organisation de la sécurité sociale et de fourniture de services de sécurité aux personnes suicidaires. Le département de médecine légale a fourni des données en temps réel sur les cas de suicide, le département d'éducation a orienté les élèves présentant des comportements d'automutilation, et le département de santé et de traitement a joué le rôle principal dans le programme, en enregistrant les cas, en assurant le suivi et en fournissant des conseils brefs. Après un an de programme, le taux de suicide a été réduit de 7,9 à 6,1 pour 100 000 habitants (23 %). L'IRSSP a joué un rôle clé dans la coordination du travail des collaborateurs pour assurer une exécution réussie du programme.

Encadré 73. Assistant en rétablissement en tant que profession émergente, Pologne

Les personnes présentant des troubles mentaux et des comportements suicidaires ont souvent le sentiment d'être seules, de constituer un fardeau pour leur famille et leur communauté et de ne jamais pouvoir s'en remettre. Les assistants en rétablissement leur donnent de l'espoir. Les assistants en rétablissement sont des experts ayant une expérience vécue qui soutiennent les personnes en crise de santé mentale, avec ou sans pensées suicidaires, après une tentative de suicide. Ils soutiennent également les personnes endeuillées par le suicide - en s'appuyant sur leur propre expérience des problèmes de santé mentale et des comportements suicidaires, du traitement, de la réadaptation et du rétablissement. Les assistants en rétablissement occupent des emplois à temps partiel ou travaillent comme bénévoles dans des ONG. Conformément au règlement du Ministre de la santé de 2019, les assistants en rétablissement peuvent être employés dans le cadre des activités principales des centres de santé mentale dans toute la Pologne. Les assistants en rétablissement travaillent dans des centres de soins hospitaliers et ambulatoires, des équipes communautaires de traitement, des associations d'entraide de patients et des groupes de soutien familial, et sont gérés par l'Association des assistants en rétablissement (Stowarzyszenie Asystentów Zdrowienia). Le rôle de l'assistant en rétablissement est de soutenir le processus de rétablissement de la personne. Dans les centres de santé mentale, les assistants en rétablissement participent aux réunions et aux séances de psychothérapie, soutiennent les patients et les accompagnent lors de visites dans la communauté (y compris dans le cadre des équipes mobiles de proximité). Ils permettent également aux personnes de résoudre des problèmes, d'accomplir des tâches quotidiennes, d'accéder à un soutien social et de soutenir les autres dans leurs propres intérêts et passions. Les assistants en rétablissement font figure de modèles de rôle pour les pairs qui peuvent renforcer le sentiment de guérison pendant le processus de rétablissement. Ils sont formés pour orienter les patients vers des spécialistes lorsque cela est nécessaire. Les assistants en rétablissement jouent également un rôle dans la sensibilisation et la défense des intérêts en dispensant des formations, en prononçant des discours publics et donnant des interviews dans les médias, en s'engageant auprès des employeurs, en participant à des projets de recherche et en défendant les services de santé mentale auprès des décideurs.

ANNEX 3. CADRE DES INDICATEURS DE L'APPROCHE LIVE LIFE

La vision de l'approche **LIVE LIFE** est celle d'un monde où le suicide ne constitue plus l'une des principales causes de décès et où les personnes qui tentent de se suicider ou qui y pensent se sentent à l'aise pour demander de l'aide, qui est fournie à tous de manière compétente et respectueuse.

Pour aider à concrétiser de cette vision, un modèle de cadre d'indicateurs pour l'approche **LIVE LIFE** a été inclus dans ce guide. Le cadre d'indicateurs est un outil destiné à aider les planificateurs à définir les actions nécessaires pour atteindre les résultats escomptés et l'objectif de l'approche **LIVE LIFE**. Ce cadre peut être utilisé pour suivre les progrès réalisés vers l'atteinte de l'objectif.

Les composantes peuvent être décrites comme suit :

- **OBJECTIF** : le résultat global que le programme vise à atteindre (ou le problème général à traiter).
- **RÉSULTAT** : le(s) changement(s) au(x)quel(s) le programme doit parvenir pour que l'OBJECTIF puisse être réalisé (parfois appelé(s) objectif(s) ou résultat(s)).
- **PRODUIT** : un produit livrable spécifique qui contribue à un RÉSULTAT. Il peut y avoir de nombreuses actions individuelles (activités) nécessaires pour fournir un résultat (parfois appelé « produits livrables »). Dans ce cadre, les lignes PRODUITS ont été laissées vides, car elles varieront largement et dépendront du contexte. Toutefois, des exemples de tâches pouvant être incluses dans les PRODUITS se trouvent dans les chapitres correspondants du guide de mise en œuvre de l'approche **LIVE LIFE**, dans les sous-sections « Comment »
- **INDICATEURS** : Données quantitatives ou qualitatives qui déterminent si le RÉSULTAT et l'OBJECTIF ont été atteints ou dans quelle mesure le changement s'est produit.
- **HYPOTHÈSES** : Les conditions nécessaires à la réalisation de l'OBJECTIF, des RÉSULTATS et des PRODUITS, qui peuvent échapper au contrôle du programme.

Tableau 15. Objectifs, résultats et indicateurs de l'approche LIVE LIFE

<p>OBJECTIF.</p> <p>a) Réduction des taux de mortalité par suicide du pays : de 15 % (2019–2023) ; d'un tiers (2015–2030).</p> <p>b) Amélioration du suivi de l'autodestruction.</p>	<p>INDICATEURS D'OBJECTIF.</p> <p>a) Variation en % du taux de mortalité par suicide du pays, 2019–2023 ; Variation en % du taux de mortalité par suicide du pays, 2015–2030.</p> <p>b) Mise en place du système national de l'autodestruction.</p>	<p>Moyens de vérification.</p> <p>a) Taux de mortalité par suicide du pays, par an.</p> <p>b) Système de surveillance de l'autodestruction du pays</p>	<p>HYPOTHÈSES DE L'OBJECTIF.</p> <p>a) Les pays disposent de données de haute qualité sur le suicide qui reposent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le système national d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (CRVS) ; • le système national de surveillance du suicide ; • le Ministère de la santé/Ministère des statistiques. • b) • Les pays ont la capacité de développer, de mettre en œuvre et de maintenir des systèmes de surveillance de l'autodestruction en milieu hospitalier.
<p>RÉSULTAT 1.</p> <p>Une analyse de la situation est disponible pour éclairer la planification nationale de la prévention du suicide.</p>	<p>INDICATEURS DU RÉSULTAT 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une analyse de la situation nationale, régionale ou spécifique à un milieu (par exemple, les écoles) est réalisée, examinée et publiée. 	<p>HYPOTHÈSES DU RÉSULTAT 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des compétences techniques sont disponibles pour développer, conduire et analyser les données nécessaires. 	
<p>PRODUITS 1.</p> <p>[ADAPTATION AU CONTEXTE DU PAYS] : Inclure les produits qui mèneront à la réalisation d'un seul ou de plusieurs RÉSULTATS. Des exemples de produits pouvant être inclus sont indiqués dans chaque chapitre correspondant du guide de mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, dans les sous-sections intitulées : « Comment ».</p> <p>INDICATEURS DES PRODUITS 1.</p> <p>Les PRODUITS doivent avoir des indicateurs correspondants.</p>			
<p>RÉSULTAT 2.</p> <p>La prévention du suicide est intégrée dans les secteurs non sanitaires pertinents, et la gouvernance et la collaboration multisectorielle (qui inclut à la fois les secteurs gouvernementaux et les autres parties prenantes de la communauté) sont établies et renforcées.</p>	<p>INDICATEURS DU RÉSULTAT 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recrutement à temps plein et rémunération d'un point focal national de prévention du suicide. • Nomination d'un comité d'orientation multisectoriel national pour la prévention du suicide (groupe de gouvernance)..⁸⁰ • Nomination d'un groupe de travail national ou local sur la prévention du suicide pour planifier et mettre en œuvre les piliers et les interventions de l'approche LIVE LIFE. • Nombre de réunions du comité national d'orientation pour la prévention du suicide (groupe de gouvernance) portant sur les piliers et les interventions de l'approche LIVE LIFE. • Nombre de réunions de chaque groupe de travail national ou local sur la prévention du suicide portant sur les piliers et les interventions de l'approche LIVE LIFE. • [Fréquence des] rapports transmis aux mécanismes de responsabilisation sur les activités de la collaboration. 	<p>HYPOTHÈSES DU RÉSULTAT 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un leadership en matière de prévention du suicide est nécessaire pour établir des relations de travail. • Un plaidoyer est nécessaire au sein du gouvernement (ou de la communauté) pour encourager la mise en place du groupe de travail ; la volonté politique au sein du gouvernement est reconnue en ce qui concerne la prévention du suicide. 	

⁸⁰ Les suggestions concernant la composition du comité d'orientation et des groupes de travail sont abordées dans la rubrique « Collaboration multisectorielle ».

PRODUITS 2.

[ADAPTATION AU CONTEXTE DU PAYS] : Inclure les produits qui mèneront à la réalisation d'un seul ou de plusieurs RÉSULTATS. Des exemples de produits pouvant être inclus sont indiqués dans chaque chapitre correspondant du guide de mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, dans les sous-sections intitulées : « Comment ».

INDICATEURS DES PRODUITS 2.

Les PRODUITS doivent avoir des indicateurs correspondants.

RÉSULTAT 3.

Amélioration des connaissances et des attitudes (et réduction de la stigmatisation) concernant le suicide, l'autodestruction et la santé mentale au sein de la population, dans les groupes à risque et chez les représentants nationaux ou les responsables d'autres secteurs. Meilleure connaissance des services disponibles en matière d'autodestruction et de santé mentale.

INDICATEURS DU RÉSULTAT 3.

- Pourcentage ou nombre de la population ou des groupes à risque ciblés par la sensibilisation.
- [Proportion] de changement dans les connaissances, les attitudes, les comportements en matière de recherche d'aide au sein de la population et des groupes à risque.
- Variation du nombre de personnes à risque se présentant dans les services de santé (pour des problèmes de santé mentale, des pensées suicidaires ou l'autodestruction).

HYPOTHÈSES DU RÉSULTAT 3.

- Une sensibilisation accrue doit être accompagnée ou précédée d'une garantie de disponibilité des services.
- Les dossiers d'information sur la santé peuvent être ventilés par des données sociodémographiques qui peuvent être proportionnelles au risque (par exemple, l'âge, l'origine ethnique).
- Les dossiers d'information sur la santé sont disponibles.

PRODUITS 3.

[ADAPTATION AU CONTEXTE DU PAYS] : Inclure les produits qui mèneront à la réalisation d'un seul ou de plusieurs RÉSULTATS. Des exemples de produits pouvant être inclus sont indiqués dans chaque chapitre correspondant du guide de mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, dans les sous-sections intitulées : « Comment ».

INDICATEURS DES PRODUITS 3.

Les PRODUITS doivent avoir des indicateurs correspondants.

RÉSULTAT 4.

Renforcement des capacités du secteur de la santé et de la communauté en matière de prévention du suicide.

INDICATEURS DU RÉSULTAT 4.

- Pourcentage ou nombre d'agents de santé non spécialisés et d'agents de santé mentale spécialisés (ou pourcentage ou nombre d'établissements ou de services de santé primaires, secondaires et communautaires où se trouve le personnel de santé) formés à l'identification précoce, à l'évaluation, à la gestion et au suivi des cas d'autodestruction ou de suicide (tous les 6 mois, ou annuellement).
- Nombre d'agents de santé non spécialisés et d'agents spécialisés en santé mentale dont les compétences sont évaluées en matière d'identification précoce, d'évaluation, de gestion et de suivi des cas d'autodestruction ou de suicide (tous les 6 mois, ou annuellement).
- Pourcentage des programmes de formation initiale des agents de santé qui incluent une formation au dépistage précoce, à l'évaluation, à la gestion et au suivi.
- Pourcentage ou nombre de sentinelles communautaires formées à l'identification précoce du risque de suicide, à l'orientation et au suivi dans la communauté (annuellement).

HYPOTHÈSES DU RÉSULTAT 4.

- Une formation sur les compétences est élaborée et dispensée par des personnes techniquement compétentes en matière d'identification, d'évaluation, de gestion et de suivi des cas d'autodestruction et de suicide.

<p>PRODUITS 4. [ADAPTATION AU CONTEXTE DU PAYS] : Inclure les produits qui mèneront à la réalisation d'un seul ou de plusieurs RÉSULTATS. Des exemples de produits pouvant être inclus sont indiqués dans chaque chapitre correspondant du guide de mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, dans les sous-sections intitulées : « Comment ».</p> <p>INDICATEURS DES PRODUITS 4. Les PRODUITS doivent avoir des indicateurs correspondants.</p>		
<p>RÉSULTAT 5. Les budgets sont articulés et les fonds sont garantis pour mettre en œuvre les piliers et les interventions de l'approche LIVE LIFE.</p>	<p>INDICATEURS DU RÉSULTAT 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation en % des allocations budgétaires annuelles pour les activités de prévention du suicide. • Le budget national consacré à la prévention du suicide est systématiquement alloué chaque année. 	<p>HYPOTHÈSES DU RÉSULTAT 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe une volonté de financer la prévention du suicide.
<p>PRODUITS 5. [ADAPTATION AU CONTEXTE DU PAYS] : Inclure les produits qui mèneront à la réalisation d'un seul ou de plusieurs RÉSULTATS. Des exemples de produits pouvant être inclus sont indiqués dans chaque chapitre correspondant du guide de mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, dans les sous-sections intitulées : « Comment ».</p> <p>INDICATEURS DES PRODUITS 5. Les PRODUITS doivent avoir des indicateurs correspondants.</p>		
<p>RÉSULTAT 6. Des systèmes de surveillance du suicide et de l'autodestruction sont mis en place ou renforcés.</p> <p>Le suivi et l'évaluation contribuent aux connaissances nationales et spécifiques au programme sur la mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE.</p>	<p>INDICATEURS DU RÉSULTAT 6.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le système national d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (CRVS) est mis en place dans le pays. • Pourcentage ou nombre d'hôpitaux ou de régions participant au système de surveillance de l'autodestruction. • Les données sur les décès par suicide et l'autodestruction sont ventilées au moins par âge, sexe et moyen. • Les données fournies par les systèmes de surveillance qui fonctionnent sont de bonne qualité. • Rapport annuel sur le suivi des indicateurs du cadre de l'approche LIVE LIFE. • Publication des évaluations de la mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE (dans le délai convenu). 	<p>HYPOTHÈSES DU RÉSULTAT 6.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe des capacités techniques pour effectuer le travail ; des systèmes d'information sur la santé disponibles dans le contexte, et un plaidoyer pour impliquer les systèmes d'information sanitaire ; la possibilité d'intégrer les mécanismes de surveillance existants (par exemple pour les maladies transmissibles).
<p>PRODUITS 6. [ADAPTATION AU CONTEXTE DU PAYS] : Inclure les produits qui mèneront à la réalisation d'un seul ou de plusieurs RÉSULTATS. Des exemples de produits pouvant être inclus sont indiqués dans chaque chapitre correspondant du guide de mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, dans les sous-sections intitulées : « Comment ».</p> <p>INDICATEURS DES PRODUITS 6. Les PRODUITS doivent avoir des indicateurs correspondants.</p>		
<p>RÉSULTAT 7. Les décès par suicide sont réduits en limitant l'accès aux moyens de se suicider.</p>	<p>INDICATEURS DU RÉSULTAT 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variation (réduction) en % des décès par suicide et par méthode (adapté au contexte du pays). • Nombre de mesures appliquées pour restreindre l'accès aux moyens de suicide. 	<p>HYPOTHÈSES DU RÉSULTAT 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les pays ont mis en place des systèmes de surveillance qui incluent la surveillance des moyens de suicide ou d'autodestruction. • Les pays ont mis en place des mécanismes d'enregistrement, d'autorisation ou de surveillance relatifs aux moyens de suicide. • La méthode peut être soumise à des restrictions (par exemple, les pesticides, les armes à feu).

<p>PRODUITS 7. [ADAPTATION AU CONTEXTE DU PAYS] : Inclure les produits qui mèneront à la réalisation d'un seul ou de plusieurs RÉSULTATS. Des exemples de produits pouvant être inclus sont indiqués dans chaque chapitre correspondant du guide de mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, dans les sous-sections intitulées : « Comment ».</p> <p>INDICATEURS DES PRODUITS 7. Les PRODUITS doivent avoir des indicateurs correspondants.</p>		
<p>RÉSULTAT 8. La couverture responsable du suicide par les médias.</p>	<p>INDICATEURS DU RÉSULTAT 8.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre ou pourcentage de reportages qui ne répondent pas aux normes ou aux directives du pays. • Nombre ou pourcentage de reportages qui incluent des ressources pour savoir où chercher de l'aide. • Nombre ou pourcentage de reportages qui comprennent des récits sur la façon de faire face aux facteurs de stress de la vie ou aux pensées suicidaires, et sur la façon d'obtenir de l'aide. 	<p>HYPOTHÈSES DU RÉSULTAT 8.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les pays ont mis en place des mécanismes de surveillance des médias. • Les pays ont établi des directives ou des normes de reportage sur les mécanismes d'information responsable et de responsabilisation, en collaboration avec les médias.
<p>PRODUITS 8 [ADAPTATION AU CONTEXTE DU PAYS] : Inclure les produits qui mèneront à la réalisation d'un seul ou de plusieurs RÉSULTATS. Des exemples de produits pouvant être inclus sont indiqués dans chaque chapitre correspondant du guide de mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, dans les sous-sections intitulées : « Comment ».</p> <p>INDICATEURS DES PRODUITS 8 Les PRODUITS doivent avoir des indicateurs correspondants.</p>		
<p>RÉSULTAT 9. Les compétences essentielles des jeunes sont renforcées par le biais d'interventions psychosociales universelles.</p>	<p>INDICATEURS DU RÉSULTAT 9.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre ou pourcentage d'écoles ou d'établissements d'enseignement qui proposent aux adolescents des interventions psychosociales universellement fondées sur des données probantes. • Variation en % du nombre de décès par suicide chez les adolescents âgés de 15 à –19 ans ou chez les jeunes. 	<p>HYPOTHÈSES DU RÉSULTAT 9.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe une coordination avec les planificateurs des programmes d'enseignement nationaux. • Il existe des capacités et des compétences pour fournir les interventions psychosociales universelles dans les environnements éducatifs. • Les pays disposent de CRVS ou de systèmes de surveillance qui incluent des données sociodémographiques (âge), de même que la cause du décès. • Les pays disposent de mécanismes de collecte de données dans les milieux éducatifs (y compris pour établir des données de base sur les compétences sociales et émotionnelles essentielles).
<p>PRODUITS 9. [ADAPTATION AU CONTEXTE DU PAYS] : Inclure les produits qui mèneront à la réalisation d'un seul ou de plusieurs RÉSULTATS. Des exemples de produits pouvant être inclus sont indiqués dans chaque chapitre correspondant du guide de mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, dans les sous-sections intitulées : « Comment ».</p> <p>INDICATEURS DES PRODUITS 9. Les PRODUITS doivent avoir des indicateurs correspondants.</p>		

<p>RÉSULTAT 10. Les milieux de la santé et de la communauté (qui comprennent les services publics, privés et non gouvernementaux ou de la société civile, et peuvent inclure d'autres secteurs comme l'éducation) sont en mesure d'assurer avec compétence l'identification précoce, l'évaluation, la gestion et le suivi des personnes ayant fait une tentative de suicide ou présentant un risque de suicide.</p>	<p>INDICATEURS DU RÉSULTAT 10.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas d'autodestruction identifiés avec compétence. • Nombre de cas d'autodestruction évalués avec compétence. • Nombre de cas d'autodestruction gérés avec compétence. • Nombre de circuits d'orientation-recours fonctionnels qui sont : 1) documentés ; 2) diffusés ; et 3) utilisés par les agents de santé et les agents communautaires. • Pourcentage de cas d'autodestruction se présentant dans des établissements ou services de santé primaires, secondaires ou communautaires qui sont suivis dans la communauté. • Pourcentage de personnes endeuillées bénéficiant d'un soutien postventionnel en temps utile. 	<p>HYPOTHÈSES DU RÉSULTAT 10.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation des compétences est élaborée et effectuée par des personnes techniquement compétentes en matière d'identification, d'évaluation, de gestion et de suivi des cas d'autodestruction et de suicide. • Les pays disposent de systèmes d'information sur la santé qui prévoient une tenue cohérente des dossiers entre les différents systèmes de santé et communautaires, tels que les dossiers de soins de santé et de services sociaux.. • Les agents de santé sont en mesure d'assurer le suivi après la sortie de l'hôpital. • Les actes d'autodestruction sont consignés dans les dossiers médicaux - c'est-à-dire qu'une surveillance des actes d'autodestruction est en place.
<p>PRODUITS 10. [ADAPTATION AU CONTEXTE DU PAYS] : Inclure les produits qui mèneront à la réalisation d'un seul ou de plusieurs RÉSULTATS. Des exemples de produits pouvant être inclus sont indiqués dans chaque chapitre correspondant du guide de mise en œuvre de l'approche LIVE LIFE, dans les sous-sections intitulées : « Comment ».</p> <p>INDICATEURS DES PRODUITS 10. Les PRODUITS doivent avoir des indicateurs correspondants.</p>		

ANNEX 4. RESSOURCES

ANALYSE DE SITUATION

Ressources de l'OMS

- Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : vade-mecum pour les situations humanitaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (https://www.who.int/mental_health/resources/toolkit_mh_emergencies/en/, consulté en anglais le 1er janvier 2021).
- Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70771/WHO_MSD_MER_05.2_eng.pdf?sequence=1, consulté en anglais le 1er janvier 2021).
- Guide d'intervention mhGAP, version 2.0. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://www.who.int/publications/item/mhgap-intervention-guide--version-2.0>, consulté en anglais le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 4 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-global-imperative>, consulté en anglais le 1er janvier 2021).
- Rajan D. Situation analysis of the health sector. In: Schmetts G, Rajan D, Kadandale S (editors). Strategizing (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250221/9789241549745-chapter3-eng.pdf?sequence=19>, consulté le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- Arensman E, Khan M (2017). Evaluation of National Suicide Prevention and Suicide Registration Programs in Iran. Tehran: World Health Organization and Ministry of Health and Medical Education; 2017 (https://iums.ac.ir/files/irssp/files/%D8%A7%D8%B1%D8%B2%D8%B4%DB%8C%D8%A7%D8%A8%DB%8C_%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87_%D9%87%D8%A7%DB%8C_%D9%85%D9%84%DB%8C_%D9%BE%DB%8C%D8%B4%DA%AF%D-B%8C%D8%B1%DB%8C_%D8%A7%D8%B2_%D8%AE%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C_%D9%88_%D8%AB%D8%A8%D8%AA_%D8%AE%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C_%D8%AF%D8%B1_%D8%A7%D-B%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- Data infrastructure: recommendations for state suicide prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2019 (<http://www.sprc.org/sites/default/files/StateInfrastructureDataSupplement.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Final report on situation analysis and gaps of national suicide prevention and registration programs. Tehran: Iranian Society for Suicide Prevention; 2017 (https://irssp.iiums.ac.ir/files/irssp/files/2nd_part-situational_analysis_final_report.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- Instructions for Conducting a SWOT Analysis. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre (https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/swot_0.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- KoBo Toolbox. Cambridge (MA): Harvard Humanitarian Initiative (<https://www.kobotoolbox.org/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Malakouti SK. Evaluation of Iran's National Suicide Prevention Program: the lessons learnt. Journal of Suicide Prevention (Iran). 2019;1:3540 (<http://isssp.ir/article-1-29-en.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Shekhani SS, Perveen S, Akbar K, Bachani S, Khan MM. Suicide and deliberate self-harm in Pakistan: a scoping review. BMC Psychiatry. 2018;18(1):44.
- Torok M, Konings P, Batterham PJ, Christensen H. Spatial clustering of fatal, and non-fatal, suicide in New South Wales, Australia: implications for evidence-based prevention. BMC psychiatry. 2017;17(1):339 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28985736/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Torok M, Shand F, Phillips M, Meteoro N, Martin D, Larsen M. Data-informed targets for suicide prevention: a small-area analysis of high-risk suicide regions in Australia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(10):1209–18 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31041467/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Veto violence. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (<https://vetoviolence.cdc.gov/apps/violence-prevention-practice/#/>, consulté le 1er janvier 2021).

COLLABORATION MULTISECTORIELLE

Ressources de l'OMS

- NCD map tool. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/ncd-multisectoral-plantool/home.html><https://apps.who.int/ncd-multisectoral-plantool/home.html>), consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 1er janvier 2021).
- Stronger collaboration, better health: the global action plan for health lives and well-being for all. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>, consulté le 1er janvier 2021).
- Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=42BA85A08E2769E793007275AB084122?sequence=1, consulté le 1er janvier 2021).
- Noncommunicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network: an analysis of intersectoral collaboration. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/164457/e96502.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- Indigenous experiences in wellness and suicide prevention. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2018 (<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34578/PAHONMH17037-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>, consulté le 1er janvier 2021).
- Promoting mental health in indigenous populations: experiences from countries. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2016 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28415/9789275118979_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- #308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (<http://www.mentalhealthcommission.ca/English/initiatives/11884/308conversations>, consulté le 1er janvier 2021).
- 10th Anniversary Report. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention; 2020 (<https://theactionalliance.org/10th-anniversary-report>, consulté le 1er janvier 2021).
- Action against suicide. Erbil: Azhee (<http://azhee.org/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Community engagement toolkit. Burnaby: The Social Planning and Research Council of British Columbia; 2013 (<https://www.sparc.bc.ca/wp-content/uploads/2017/03/community-engagement-toolkit.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Engaging people with lived experience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/keys-success/lived-experience>, consulté le 1er janvier 2021).
- Framework for the engagement of people with a lived experience in program implementation and research. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/about/who-we-are/lived-experience/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Lived experience. Zero Suicide Institute (<https://zerosuicide.edc.org/toolkit-taxonomy/lived-experience>, consulté le 1er janvier 2021).
- Partner engagement tool. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre (<http://www.sprc.org/statewide-partnerships>, consulté le 1er janvier 2021).
- Partnerships and collaboration. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre (<https://www.sprc.org/keys-success/partnerships-collaboration>, consulté le 1er janvier 2021).
- PREVENTS: The President's Roadmap to Empower Veterans and End a National Tragedy of Suicide. Washington (DC): Department of Veteran Affairs; 2020 (https://www.va.gov/PREVENTS/docs/PRE-007-The-PREVENTS-Roadmap-1-2_508.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- Prompts and suggestions for speaking with local leaders on suicide prevention. London: Department of Health; 2012 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/137641/Prompts-for-local-leaders-on-suicide-prevention.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- RISING SUN: Reducing the Incidence of Suicide in Indigenous Groups – Strengths United through Networks- Toolkit for

Resilience. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; 2014 (<https://www.mhinnovation.net/collaborations/rising-sun/rising-sun-toolkit>, consulté le 1er janvier 2021).

- Roses in the ocean. Brisbane (<https://rosesintheocean.com.au/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Special Working Group on the Decriminalisation of Suicide. International Association for Suicide Prevention (<https://www.iasp.info/decriminalisation.php>, consulté le 1er janvier 2021).
- State suicide prevention plans and leadership guidance. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre; 2020 (https://www.sprc.org/sites/default/files/State%20Suicide%20Prevention%20Plans%20and%20Leadership%20Guidance.pdf?utm_source=Weekly+Spark+6%2F5%2F20&utm_campaign=Weekly+Spark+June+5%2C+2020&utm_medium=email, consulté le 1er janvier 2021).
- Tennessee Suicide Prevention Network. Nashville (TN) (<https://www.tspn.org/about/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Transforming communities: key elements for the implementation of comprehensive community-based suicide prevention. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention; 2016 (<https://theactionalliance.org/sites/default/files/transformingcommunitiespaper.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2014 (<https://www.sprc.org/resources-programs/way-forward-pathways-hope-recovery-and-wellness-insights-lived-experience>, consulté le 1er janvier 2021).
- Lived experience. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/our-strategy/lived-experience>, consulté le 1er janvier 2021).

SENSIBILISATION ET PLAIDOYER

Ressources de l'OMS

- Campaign materials: animations. What emergency workers, health workers, teachers and employers can do to help prevent suicide. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-animations>, consulté le 1er janvier 2021).
- Campaign materials: handouts. What emergency workers, health workers, teachers, prison officers, media professionals and employers can do to help prevent suicide. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-handouts>, consulté le 1er janvier 2021).
- Depression: Let's talk: handouts. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/depression/suicide-04-handouts-depression.pdf?sfvrsn=7c5eaac4_2; https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/depression/life-worth-living-03-handouts-depression.pdf?sfvrsn=a4fb25b5_2, consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/publications/item/9789241564779>, consulté le 1er janvier 2021).
- Journée mondiale de la santé mentale. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/previous_WMHDs/en/, consulté en anglais le 1er janvier).
- World Suicide Prevention Day. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd/en/, consulté le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- #308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (<https://www.mentalhealthcommission.ca/English/308conversations>, consulté le 1er janvier 2021).
- #SpottheSigns Campaign. Warrington, United Kingdom (<https://www.papyrus-uk.org/spotthesigns/>, consulté le 1er janvier 2021).
- #Youcantalk Campaign. Newcastle, Australia (<https://lifeinmind.org.au/youcantalk>, consulté le 1er janvier 2021).
- 320 Changes Direction Campaign, USA (<https://www.changedirection.org/320-changes-direction/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Be The 1 To Campaign, USA (<https://www.bethe1to.com/>, consulté le 1er janvier 2021).

- Befrienders Kenya (<http://www.befrienderskenya.org/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Busting Myths Campaign. Beyond Blue. Melbourne, Australia (<https://www.beyondblue.org.au/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Check Your Mates Campaign, Australia (www.checkyourmates.com.au/, consulté le 1er janvier 2021).
- Creating an effective suicide prevention awareness campaign. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-01/roh_safe_activities_eng.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- Framework for successful messaging (<http://suicidepreventionmessaging.org/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Inside My Mind Campaign, Australia (www.insidemymind.org.au, consulté le 1er janvier 2021).
- Campaign resources, International Association for Suicide Prevention (https://iasp.info/resources/World_Suicide_Prevention_Day/2019/, consulté le 1er janvier 2021).
- Messaging resources. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/messaging>, consulté le 1er janvier 2021).
- REACH. Washington (DC): U.S. Department of Veterans Affairs (www.REACH.gov, consulté le 1er janvier 2021).
- R U O K? Day, Australia (www.ruok.org.au/join-r-u-ok-day, consulté le 1er janvier 2021).
- Safer conversations about suicide on social media. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/safe_suicide_conversations_social_media_eng.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- See Me campaign. Glasgow, Scotland (<https://www.seemescotland.org/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Stichting 113, Netherlands (<https://vimeo.com/291877756>, consulté le 1er janvier 2021).
- Storytelling for suicide prevention – checklist (information to support people with lived experience). National Suicide Prevention Lifeline, USA (<https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2018/10/Lifeline-Storytelling-Checklist.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Take5ToSaveLives. National Council for Suicide Prevention, USA (<https://www.take5tosavelives.org/>, consulté le 1er janvier 2021).
- What can be done to decrease suicidal behaviour in Australia? White Paper. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/suicide-prevention-white-paper/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Wot Na Wot Kine Campaign. Perth: WA Primary Health Alliance, Australia (www.wapha.org.au/wot-na-wot-kine/, consulté le 1er janvier 2021).
- Yarns Heal Campaign, Australia (www.yarnsheal.com.au/, consulté le 1er janvier 2021).
- ŽIV? ŽIV! [Alive? Alive!] Campaign. Koper: Slovene Centre for Suicide Research, Slovenia (<http://zivziv.si/>, consulté le 1er janvier 2021).

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Ressources de l'OMS

- Guide d'intervention mhGAP Geneva: Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/, consulté le 1er janvier 2021).
- mhGAP training manuals. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/, consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide resource series. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/, consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- Advanced training in suicide prevention. Newcastle, Australia: Life in Mind (<https://lifeinmind.org.au/services/advanced-training-in-suicide-prevention>, consulté le 1er janvier 2021).
- Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). Calgary, Canada (<https://www.livingworks.net/asist>, consulté le 1er janvier 2021).
- Choosing a suicide prevention gatekeeper training program: a comparison table. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/resources-programs/choosing-suicide-prevention-gatekeeper-training-program-comparison-table>, consulté le 1er janvier 2021).

- Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS), USA (<https://cams-care.com/about-cams/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Ireland Taxi Watch: Suicide prevention drive that saved 200 lives. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/news/ireland-taxi-watch-suicide-prevention-drive-saved-200-lives>, consulté le 1er janvier 2021).
- Lions Barber Collective, United Kingdom (<https://www.thelionsbarbercollective.com/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Logic model and guidance for how to create culturally and linguistically appropriate suicide prevention and intervention materials for ethnic and migrant minority groups. Boston (MA): Massachusetts Coalition for Suicide Prevention (<https://www.masspreventsuicide.org/regional-coalitions/greater-boston>, consulté le 1er janvier 2021).
- Mates in Construction, Australia (<https://mates.org.au/>, consulté le 1er janvier 2021).
- MindOut: LGBTIQ Mental Health & Suicide Prevention training and support, Australia (www.lgbtihealth.org.au/mindout, consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide toolkit for high schools. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<https://youth.gov/feature-article/preventing-suicide-toolkit-high-schools>, consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide: a technical package of policy, programs, and practices. Atlanta (GA): Division of Violence Prevention, Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Question, Persuade, Refer Suicide Prevention Training Programme, USA (<http://www.qprinstitute.com>, consulté le 1er janvier 2021).
- Ross V, Caton N, Gullestrup J, Kølves K. A longitudinal assessment of two suicide prevention training programs for the construction industry. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(3):803.
- safeTALK Programme, Australia (<https://www.livingworks.com.au/programs/safetalk/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Setting for prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/settings>, consulté le 1er janvier 2021).
- Zero Suicide Alliance, London, United Kingdom (<https://www.zerosuicidealliance.com/training>, consulté le 1er janvier 2021).

FINANCEMENT

Ressources de l'OMS

- Mental health financing. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v4/en/, consulté le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- Chisholm D, Docrat S, Abdulmalik J, Alem A, Gureje O, Gurung D et al. Mental health financing challenges, opportunities and strategies in low- and middle-income countries: findings from the Emerald project. *BJPsych Open*. 2019;5(5):e68 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688460/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Leaving a legacy: recommendations for sustaining suicide prevention programs. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/Leaving%20a%20Legacy%20-%20Sustainability%20Recommendations_0.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- Mental health funding and the SDGs: What now and who pays? London: Overseas Development Institute; 2016 (<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/Mental.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Reframe: funding mental health. Mumbai: Mariwala Health Initiative; 2018 (https://mhi.org.in/media/insight_files/MHI_Progress_Report_DIGITAL.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- Woelbert E, Lundell Smith K, White R, Kemmer D. Accounting for mental health research funding: developing a quantitative baseline of global investments. *The Lancet Psychiatry*. 2020;8(3):250–80 ([https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30469-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30469-7/fulltext), consulté le 1er janvier 2021).

SURVEILLANCE

Ressources de l'OMS

- A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112852/9789241506717_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 1er janvier 2021).
- A resource for suicide case registration. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf?sequence=1, consulté le 1er janvier 2021).
- Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Geneva: World Health Organization; 2012 (https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/fatal_injury_surveillance/en/, consulté le 1er janvier 2021).
- Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en/, consulté le 1er janvier 2021).
- STEPwise approach to surveillance (STEPS). Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Verbal autopsy standards and instrument. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/healthinfo/statistics/verbalautopsystandards/en/>, consulté le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Chapter 4: Surveillance, research, and evaluation. Washington (DC): US Department of Health & Human Services (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109916/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Breaking down barriers: using youth suicide-related data. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/resources-programs/breaking-down-barriers-using-youth-suicide-related-surveillance-data-state>, consulté le 1er janvier 2021)
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*. 2003;33(3):395–405. (<https://pdfs.semanticscholar.org/506c/b8389b67602f3f2b02d587c5fe61be304139.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Cwik MF, Barlow A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Tingey L, Craig M et al. Community-based surveillance and case management for suicide prevention: an American Indian tribally initiated system. *Am J Public Health*. 2014;104(S3):e18–23 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035881/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Data infrastructure: Recommendations for State Suicide Prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/sites/default/files/StateInfrastructureDataSupplement.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Kølves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D, editors. *Advancing suicide research*. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- National Violent Death Reporting System. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nvdrs/index.html>, consulté le 1er janvier 2021).
- Suicide surveillance strategies for American Indian and Alaska Native Communities. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/resources-programs/suicide-surveillance-strategies-american-indian-alaska-native-communities>, consulté le 1er janvier 2021).
- Surveillance success stories. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (http://www.sprc.org/news-and-highlights?type=558&populations=All&settings=All&suicide_problem=All&plan_implement=All&strategies=All&state=All, consulté le 1er janvier 2021).
- Thundiyil JG, Stober J, Besbelli N, Pronczuk J. Acute pesticide poisoning: a proposed classification tool. *Bull World Health Organ*. 2008;86:205–9.
- Värnik P, Sisask M, Värnik A, Laido Z, Meise U, Ibelshäuser A et al. (2010). Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Science International*. 2010;202(1–3):86–92.

SUIVI ET ÉVALUATION

Ressources de l'OMS

- Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v14/en/, consulté le 1er janvier 2021).
- National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/, consulté le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- A framework for programme evaluation. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1999 (<https://www.cdc.gov/eval/framework/index.htm>, consulté le 1er janvier 2021).
- Challenges and recommendations for evaluating suicide prevention programs. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2016 (<http://www.sprc.org/resources-programs/challenges-and-recommendations-evaluating-suicide-prevention-program>, consulté le 1er janvier 2021).
- Connecting for life. Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015–2020. Dublin: Department of Health (<https://assets.gov.ie/15758/e6c74742547a48428e4640e3596a3d72.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Evaluation of media reporting in Trinidad and Tobago. Ministry of Health, Trinidad and Tobago (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=monitoring-and-evaluation-of-media-reporting-suicide-in-trinidad-and-tobago&Itemid=270&lang=es, consulté le 1er janvier 2021).
- Evaluation of suicide prevention activities. Australian Healthcare Associates; 2014 (<https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/suicide-prevention-activities-evaluation>, consulté le 1er janvier 2021).
- Kőlves K, Sisask M, Várnik P, Várnik A, De Leo D, editors. Advancing suicide research. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- Platt S, Arensman E, Rezaeian M. National suicide prevention strategies—progress and challenges. Crisis. 2019;40:75–82 (<https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1027/0227-5910/a000587>, consulté le 1er janvier 2021).
- Project/programme monitoring and evaluation guide. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2011 (<https://jordankmportal.com/resources/ifrc-monitoring-and-evaluation-guide-2011>, consulté le 1er janvier 2021).
- RAND suicide prevention evaluation toolkit. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2014 (<http://www.sprc.org/resources-programs/rand-suicide-prevention-evaluation-toolkit>, consulté le 1er janvier 2021).

LIMITER L'ACCÈS AUX MOYENS DE SE SUICIDER

Ressources de l'OMS

- Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en/, consulté le 1er janvier 2021).
- La prévention du suicide : indications pour les services d'homologation et de réglementation des pesticides. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-pesticide-registrars-and-regulators>, consulté en anglais le 1er janvier 2021).
- Restricting access to the means for suicide. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides/en/, consulté le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- Centre for Pesticide Suicide Prevention. Edinburgh, Scotland (<http://centerpsp.org/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G et al. Pesticide poisoning in the developing world—a minimum pesticides list. Lancet. 2002;360(9340):1163–7 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12387969/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Emergency department means restriction education. London: Public Health England; 2015 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/769006/Preventing_suicides_in_public_places.pdf, consulté le janvier 2021).

- Directives sur les pesticides extrêmement dangereux. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205561/9789241510417_eng.pdf?sequence=1, consulté en anglais le 1er janvier 2021).
- Liste annotée des Directives Techniques visant la mise en œuvre du Code international de conduite pour la distribution et l'utilisation des pesticides. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. (<http://www.fao.org/agriculture/crops/thematic-sitemap/theme/pests/code/list-guide-new/en/>, consulté en anglais le 1er janvier 2021).
- Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 2017;5(10):e1026–37 ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30299-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30299-1/fulltext), consulté le 1er janvier 2021).
- Lethal means & suicide prevention: a guide for community & industry leaders. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/resource/lethal-means-suicide-prevention-guide-community-industry-leaders>, consulté le 1er janvier 2021).
- Limits on analgesic packaging. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre; 2005 (<http://www.sprc.org/resources-programs/reduced-analgesic-packaging>, consulté le 1er janvier 2021).
- Means matter. Boston (MA): Harvard School of Public Health (<https://www.hsph.harvard.edu/means-matter/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide in public places. London: Public Health England (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/769006/Preventing_suicides_in_public_places.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- Reduce access to means of suicide. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center, USA (<http://www.sprc.org/comprehensive-approach/reduce-means>, consulté le 1er janvier 2021).
- Reduce suicides by creating a safer home. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-12/means_safety_eng.pdf, consulté le 1er janvier 2021).

COLLABORER AVEC LES MÉDIAS POUR UNE COUVERTURE RESPONSABLE DU SUICIDE.

Ressources de l'OMS

- Prévention du suicide : Guide à l'usage des réalisateurs et des autres personnes travaillant pour la scène ou l'écran. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>, consulté en anglais le 1er janvier 2021).
- Prévention du suicide : une ressource pour les professionnels des médias. Genève, Organisation mondiale de la santé, mise à jour 2017 (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/, consulté en anglais le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- Best practice recommendations for media reporting on suicide. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) (<https://reportingonsuicide.org>, consulté le 1er janvier 2021).
- Best practice recommendations for blogging on suicide. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) (<https://bloggingonsuicide.org>, consulté le 1er janvier 2021).
- Evaluation of media reporting in Trinidad and Tobago. Ministry of Health, Trinidad and Tobago (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=monitoring-and-evaluation-of-media-reporting-suicide-in-trinidad-and-tobago&Itemid=270&lang=es, consulté le 1er janvier 2021).
- Evidence-based media reporting guide. Mindframe, Newcastle, Australia (mindframe.org.au/suicide/evidence-research, consulté le 1er janvier 2021).
- Example media guidelines from countries. International Association for Suicide Prevention (https://www.iasp.info/resources/Suicide_and_the_Media/https://www.iasp.info/resources/Suicide_and_the_Media/, consulté le 1er janvier 2021).
- How journalists can prevent copycat suicides. Frankfurt am Main: European Alliance Against Depression; 2017 (http://www.eaad.net/files/cms/downloads_files/mediaguide_2017.pdf, consulté le 1er janvier 2021).

- Let's talk about suicide and the media. Koper, Slovenia (<https://www.iam.upr.si/sl/resources/files/ivzknjizica2010web-final.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Media guidelines. Ottawa: Canadian Association for Suicide Prevention (<https://suicideprevention.ca/Media?locale=en>, consulté le 1er janvier 2021).
- Media messaging. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/news>, consulté le 1er janvier 2021).
- Mindset: reporting on mental health. London: Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma (<http://www.mindset-mediaguide.ca/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Mindset guidelines for reporting on mental health. London: Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma (<https://sites.google.com/a/journalismforum.ca/mindset-mediaguide-ca/mindset-download>, consulté le 1er janvier 2021).
- Pirkis J, Blood RW, Dare A, Holland K. The media monitoring project: changes in media reporting of suicide and mental health and illness in Australia: 2000/01–2006/07. Commonwealth of Australia; 2008:4.
- Project Siren. India Mental Health Observatory (<https://cmhlp.org/imho/about-project-siren>, consulté le 1er janvier 2021).
- Roškar S, Grum AT, Poštuvan V, Podlesek A, De Leo D. The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia: Priedba in implementacija strokovnih smernic za odgovorno novinarsko poročanje o samomoru v sloveniji. Slovenian Journal of Public Health. 2017;56(1):31–38 (<http://zivziv.si/wp-content/uploads/The-adaptation-and-implementation-of-guidelines.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Suicide prevention toolkit for media professionals. European Union: European Regions Enforcing Action Against Suicide (<https://www.euregenas.eu/publications/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Suicide reporting toolkit (<https://www.suicidereportingtoolkit.com/>, consulté le 1er janvier 2021).

FAVORISER L'ACQUISITION DE COMPÉTENCES SOCIALES ET ÉMOTIONNELLES CHEZ LES ADOLESCENTS.

Ressources de l'OMS

- Guidelines on promotive and preventive interventions for adolescents (Helping Adolescents Thrive). Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>, consulté le 1er janvier 2021).
- mhGAP guidelines. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/en/, consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff. Geneva: World Health Organization; 2000 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3.pdf?sequence=1, consulté le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- Aunty Dee. Auckland: LeVa (<https://www.auntydee.co.nz/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Building suicide-safer schools and colleges. Warrington, United Kingdom: PAPYRUS (<https://papyrus-uk.org/wp-content/uploads/2018/08/toolkitfinal.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Enhance life skills and resilience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/comprehensive-approach/life-skills>, consulté le 1er janvier 2021).
- Hope Squad. Provo (UT) (<https://hopesquad.com/>, consulté le 1er janvier 2021).
- iBobbly. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/resources-support/digital-tools-apps/ibobbly/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Mana Restore. Mental Wealth. Auckland: LeVa LeVa (<https://www.mentalwealth.nz/manarestore/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide toolkit for high schools. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (<https://store.samhsa.gov/product/Preventing-Suicide-A-Toolkit-for-High-Schools/SMA12-4669>, consulté le 1er janvier 2021).

- Preventing suicide: a technical package of policy, programs, and practices. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Schools. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/settings/schools>, consulté le 1er janvier 2021).
- School-based suicide prevention, intervention, and postvention toolkit. European Union: European Regions Enforcing Actions Against Suicide (<https://www.euregenas.eu/publications/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Sources of strength. Lakewood (CO) (<https://sourcesofstrength.org/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Suicide postvention toolkit: a guide for secondary schools. Headspace, Australia (<https://headspace.org.au/assets/School-Support/Compressed-Postvention-Toolkit-May-2012-FA2-LR.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- The Saving and Empowering Young Lives in Europe programme. Stockholm: Karolinska Institutet (<https://ki.se/en/nasp/seyle-saving-and-empowering-young-lives-in-europe>, consulté le 1er janvier 2021).
- Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S et al. Suicide prevention for youth-a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. BMC Public Health. 2012;12(1):776 (<http://zivziv.si/wp-content/uploads/2012suicidepreventionforyouth.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Wasserman C, Postuvan V, Herta D, Iosue M, Värnik P, Carli V. Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. PloS One. 2018;13(2):e0191843 (<http://zivziv.si/wp-content/uploads/Wasserman-idr.-2018-Interactions-between-youth-and-mental-health-professionals.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- LEADS: For Youth (Linking Education and Awareness of Depression and Suicide). Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://sprc.org/resources-programs/leads-youth-linking-education-awareness-depression-suicide>, consulté le 1er janvier 2021).

IDENTIFIER, ÉVALUER, PRENDRE EN CHARGE ET SUIVRE PRÉCOCEMENT TOUTE PERSONNE TOUCHÉE PAR DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Ressources de l'OMS

- How to start a survivor's group. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- Guide d'intervention mhGAP, version 2.0. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/publications/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>, consulté en anglais le 1er janvier 2021).
- mhGAP operations manual. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/operations_manual/en/, consulté le 1er janvier 2021).
- mhGAP Training manuals. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/, consulté le 1er janvier 2021).
- Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf?ua=1>, consulté le 1er janvier 2021).
- Prévention du suicide : indications pour les médecins généralistes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf?sequence=1, consulté en anglais le 1er janvier 2021).
- La prévention du suicide : indications pour professions de santé primaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4.pdf?sequence=1, consulté en anglais le 1er janvier 2021).

Ressources externes

- Brodsky BS, Spruch-Feiner A, Stanley B. The zero suicide model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. Front Psychiatry. 2018;9:33 (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00033/full>, consulté le 1er janvier 2021).
- Care after a suicide attempt. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/careaftersuicideattempt02-09-15.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).

- Establishing and sustaining a support group for people bereaved by suicide. European Union: European Regions Enforcing Action Against Suicide (<https://www.euregenas.eu/publications/>, consulté le 1er janvier 2021).
- Guidelines for integrated suicide-related crisis and follow-up care in emergency departments and other acute settings. Randwick, Australia: Black Dog Institute (http://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/delphi-guidelines-clinical-summary_web.pdf?sfvrsn=0, consulté le 1er janvier 2021).
- Improving emergency and follow-up care for suicidal crisis. Randwick, Australia: Black Dog Institute (https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/LifeSpan_Emergency_and_followup_care_Brochure.pdf?sfvrsn=6, consulté le 1er janvier 2021).
- A systematic tailored assessment for responding to suicidality (STARS). Brisbane: Griffith University (<https://www.griffith.edu.au/griffith-health/australian-institute-suicide-research-prevention/systematic-tailored-assessment-for-responding-to-suicidality#:~:text=STARS%20is%20a%20person%2Dcentred.examination%20of%20suicidality%20as%20necessary>, consulté le 28 janvier 2021).
- Postvention Australia Guidelines: a resource for organisations and individuals providing services to people bereaved by suicide. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention (<https://postventionaustralia.org/wp-content/uploads/2019/05/Postvention-Australia-Guidelines.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Recommended standard care for people at risk of suicide. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/resource/recommended-standard-care>, consulté le 1er janvier 2021).
- Resources for postvention support. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/comprehensive-approach/postvention>, consulté le 1er janvier 2021).
- Survivor Outreach Team training manual. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center, USA (<http://www.sprc.org/resources-programs/survivor-outreach-team-training-manual>, consulté le 1er janvier 2021).
- Toolkit for the integration of mental health into general healthcare in humanitarian settings. Geneva & London: Mental Health Innovation Network (<https://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration-Toolkit>, consulté le 1er janvier 2021).
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379(9820):1005–12 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61712-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61712-1/fulltext), consulté le 1er janvier 2021).
- Zero suicide. Education Development Center, USA (<https://zerosuicide.edc.org/>, consulté le 1er janvier 2021).

RÉFÉRENCES

- Abbas MJ, Alhemiary N, Razaq EA, Naosh S, Appleby L (2018). The Iraqi national study of suicide: Report on suicide data in Iraq in 2015 and 2016. *J Affect Disord.* 229:56–62.
- Ahern S, Burke LA, McElroy B, Corcoran P, McMahon EM, Keeley H et al. (2018). A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 27(10):1295–304.
- Bertolote JM, Fleischmann A (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi.* 7(2).
- Bonvoisin T, Utyasheva L, Knipe D, Gunnell D, Eddleston M (2020). Suicide by pesticide poisoning in India: a review of pesticide regulations and their impact on suicide trends. *BMC Pub Health.* 20(1):251.
- Buckley NA, Fahim M, Raubenheimer J, Gawarammana IB, Eddleston M, Roberts MS et al. (2021). Case fatality of agricultural pesticides after self-poisoning in Sri Lanka: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health* (in press).
- Burns JR, Rapee RM (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *J Adolesc.* 29(2):225–39.
- Chapman S, Alpers P, Agho K, Jones M (2006). Australia's 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Injury Preven.* 12(6):365–72.
- Chibanda D, Abas M, Musesengwa R, Merritt C, Sorsdahl K, Mangezi W et al. (2020). Mental health research capacity building in sub-Saharan Africa: the African Mental Health Research Initiative. *Glob Ment Health.* 7.
- Chowdhury FR, Dewan G, Verma VR, Knipe DW, Isha IT, Faiz MA et al. (2018). Bans of WHO class I pesticides in Bangladesh—suicide prevention without hampering agricultural output. *Int J Epi.* 47(1):175–84.
- Chung YW, Kang SJ, Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M (2016). The effectiveness of platform screendoors for the prevention of subway suicides in South Korea. *J Affect Disord.* 194:80–3.
- Cwik MF, Tingey L, Maschino A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Walkup J et al. (2014). Community-based surveillance and case management for suicide prevention: an American Indian tribally initiated system. *Am J Public Health.* 104(Suppl3):e18–23.
- Cwik MF, Barlow A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Tingey L, Craig M et al. (2016). Decreases in suicide deaths and attempts linked to the White Mountain Apache suicide surveillance and prevention system, 2001–2012. *Am J Public Health.* 106(12):2183–9.
- Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. (2010). Acute human lethal toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. *PLoS Med.* 7(10):e1000357.
- Doran CM, Ling R, Gullestrup J, Swannell S, Milner A (2016). The impact of a suicide prevention strategy on reducing the economic cost of suicide in the New South Wales construction industry. *Crisis.* 37(2):121–9.
- Fontanella CA, Warner LA, Steelesmith DL, Brock G, Bridge JA, Campo JV (2020). Association of timely outpatient mental health services for youths after psychiatric hospitalization with risk of death by suicide. *JAMA Network Open.* 3(8):e2012887.
- FAO, OMS (2016), Code de conduite international sur la gestion des pesticides : directives sur les pesticides extrêmement dangereux. Rome et Genève, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Organisation mondiale de la Santé (<http://www.fao.org/3/a-i5566e.pdf>), consulté en anglais le 23 février 2021).

- Godoy Garraza L, Kuiper N, Goldston D, McKeon R, Walrath C (2019). Long-term impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on youth suicide mortality, 2006–2015. *J Child Psychol Psychiatry*. 60(10):1142–7. doi:10.1111/jcpp.13058.
- Goldman-Mellor S, Olfson M, Lidon-Moyano C, Schoenbaum M (2019). Association of suicide and other mortality with emergency department presentation. *JAMA Network Open*. 2(12):e1917571.
- Gullestrup JB, Lequertier G, Martin (2011). MATES in construction: impact of a multimodal, community-based program for suicide prevention in the construction industry. *Int J Environ Res Pub Health*. 8(11):4180–96.
- Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 34(2):433–42.
- Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M (2007). The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *Int J Epidemiol*. 36(6):1235–42.
- Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ et al. (2017). Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 5(10):e1026–37.
- Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N et al. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 7(6):468–71.
- Harris FM, Maxwell M, O'Connor R, Coyne JC, Arensman E, Coffey C et al. (2016). Exploring synergistic interactions and catalysts in complex interventions: longitudinal, mixed methods case studies of an optimised multi-level suicide prevention intervention in four European countries (Ospi-Europe). *BMC Pub Health*. 16(1):268.
- Haw C, Sutton L, Simkin S, Gunnell D, Kapur N, Nowers M et al. (2004). Suicide by gunshot in the United Kingdom: a review of the literature. *Med Sci Law*. 44(4):295–310.
- Hawton K, Bergen H, Simkin S, Brock A, Griffiths C, Romeri E et al. (2009). Effect of withdrawal of co-proxamol on prescribing and deaths from drug poisoning in England and Wales: time series analysis. *BMJ*. 338:b2270.
- Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self-poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ*. 322(7296):1203–7. doi:10.1136/bmj.322.7296.1203.
- Heller TS, JL Hawgood, De Leo D (2007). Correlates of suicide in building industry workers. *Arch Suicide Res*. 11(1):105–17.
- Karunaratne A, Gunnell D, Konradsen F, Eddleston M (2020). How many premature deaths from pesticide suicide have occurred since the agricultural Green Revolution?. *Clin Tox*, 58(4), 227–232.
- Kasal A, Bechyňová L, Daňková Š, Melicharová H, Winkler P (2019). Situation analysis of suicide prevention in the Czech Republic: a background document for the National Plan for Suicide Prevention 2020–2030 (https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic_december_2019_fin_1.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- Khan MM, Reza H (1998). Gender differences in nonfatal suicidal behavior in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide Life Threat Behav*. 28(1):62–8.

- Knipe DW, Chang SS, Dawson A, Eddleston M, Konradsen F, Metcalfe C et al. (2017). Suicide prevention through means restriction: impact of the 2008-2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka. *PloS One*. 12(3)–e0172893.
- Knipe DW, Gunnell D, Eddleston M (2017). Preventing deaths from pesticide self-poisoning – learning from Sri Lanka's success. *Lancet Glob Health*. 5(7):e651–2.
- Kolves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D (2021). *Advancing suicide research*. Göttingen: Hogrefe.
- Kreitman N (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960–71. *Br J Prev Soc Med*. 30(2):86–93.
- Law C, Svetcic J, De Leo D (2014). Restricting access to a suicide hotspot does not shift the problem to another location. An experiment of two river bridges in Brisbane, Australia. *Aust N Z J Public Health*. 38(2):134–8.
- Lee YY, Chisholm D, Eddleston M, Gunnell D, Fleischmann A, Konradsen F et al. (2021). The cost-effectiveness of banning highly hazardous pesticides to prevent suicides due to pesticide self-ingestion across 14 countries: an economic modelling study. *Lancet Glob Health*. Mar;9(3):e291-e300.
- Leong YH, Ariff AM, Khan HRM, Rani NAA, Majid MIA (2018). Paraquat poisoning calls to the Malaysia National Poison Centre following its ban and subsequent restriction of the herbicide from 2004 to 2015. *J Forensic Leg Med*. 56:16–20. doi:10.1016/j.jflm.2018.03.007.
- Levintova M (2007). Russian alcohol policy in the making. *Alcohol Alcohol*. 42(5):500–5.
- Liu KY (2009). Suicide rates in the world: 1950–2004. *Suicide Life Threat Behav*. 39(2):204–13.
- Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler HY (2010). Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide Life Threat Behav*. 40(5):421–4.
- Manuweera G, Eddleston M, Egodage S, Buckley NA (2008). Do targeted bans of insecticides to prevent deaths from self-poisoning result in reduced agricultural output? *Environ Health Perspect*. 116(4):492–5.
- Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, Eddleston M, Chang SS, Phillips MR et al. (2017). The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006–15: systematic review. *J Affect Disord*. 219:93–104.
- Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N et al. (2016). Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 55(5):383–91.
- Namibian Ministry of Health and Social Services (2018). National Study on the Prevalence of and Interventions in Relation to Suicide in Namibia (<http://namibie.ngkerk.net/wp-content/uploads/sites/16/2019/04/FINAL-Suicide-Study-Report-V5-25-October-2018FINAL.pdf>, consulté le 1er janvier 2021).
- Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *Am J Prev Med*. 47(3 Suppl 2):S235–43.
- Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M et al. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 368.

- Oliver RG, Hetzel BS (1972). Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Med J Aust.* 2(17):919–23. PMID: 4639963.
- PAHO (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional (Suicide mortality in the Americas. Regional report). Washington (DC): Pan American Health Organization.
- PAHO (2016). Prevención de la conducta suicida (Prevention of suicidal behaviour). Washington (DC): Pan American Health Organization.
- Pearson M, Zwi AB, Buckley NA (2010). Prospective policy analysis: how an epistemic community informed policymaking on intentional self-poisoning in Sri Lanka. *Health Res Pol Syst.* 8(1):19.
- Pearson M, Zwi AB, Buckley NA, Manuweera G, Fernando R, Dawson AH et al. (2015). Policymaking “under the radar”: a case study of pesticide regulation to prevent intentional poisoning in Sri Lanka. *Health Policy Plan.* 30(1):56–67.
- Pearson M, Metcalfe C, Jayamanne S, Gunnell D, Weerasinghe M, Pieris R et al. (2017). Effectiveness of household lockable pesticide storage to reduce pesticide self-poisoning in rural Asia: a community-based, cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 390(10105):1863–72.
- Reifels L, Mishara BL, Dargis L, Vijayakumar L, Phillips MR, Pirkis J (2019). Outcomes of Community-Based Suicide Prevention Approaches That Involve Reducing Access to Pesticides: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat Behav.* 49(4):1019–1031.
- Reisch T, Steffen T, Habenstein A, Tschacher W (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 “Army XXI” reform. *Am J Psychiatry.* 170(9):977–84.
- Roškar S, Grum AT, Poštuvan V, Podlesek A, De Leo D (2017). The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia (Priredba in implementacija strokovnih smernic za odgovorno novinarsko poročanje o samomoru v loveniji). *Slovenian J Pub Health.* 56(1):31–8.
- Sanchez Puerta ML, Valerio A, Bernal MG (2016). Taking stock of programs to develop socioemotional skills: A systematic review of program evidence. Washington (DC): The World Bank.
- Siau CS, Wee LH, Ibrahim N, Visvalingam U, Yeap LLL, Wahab S (2018). Gatekeeper suicide training’s effectiveness among Malaysian hospital health professionals: a control group study with a three-month follow-up. *J Contin Educ Health Prof.* 38(4):227–34
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet.* 374(9686):315–23.
- Syed EU, Khan MM (2008). Pattern of deliberate self-harm in young people in Karachi, Pakistan. *Crisis.* 29(3):159–63.
- Terpstra S, Beekman A, Abbing J, Jaken S, Steendam M, Gilissen R (2018). Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers’ knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health.* 18:637.
- Thomas K, Chang SS, Gunnell D (2011). Suicide epidemics: the impact of newly emerging methods on overall suicide rates—a time trends study. *BMC Public Health.* 11(1):314.

- Tighe J, Shand F, Ridani R, Mackinnon A, De La Mata N, Christensen H (2017). Ibobly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*. 7(1):e013518.
- Tighe J, Shand F, McKay K, Mcalister TJ, Mackinnon A, Christensen H (2020). Usage and acceptability of the iBobbly App: pilot trial for suicide prevention in Aboriginal and Torres Strait Islander youth. *JMIR Ment Health*. 7(12):e14296.
- Tuangratananon T, Wangmo S, Widanapathirana N, Pongutta S, Viriyathorn S, Patcharanarumol W et al. (2019). Implementation of national action plans on noncommunicable diseases, Bhutan, Cambodia, Indonesia, Philippines, Sri Lanka, Thailand and Viet Nam. *Bull World Health Organ*. 97(2).
- Victor J, Koon JHG, Govindaraju GM, Ling TP, Rajaratnam UD, Fong Y L (2019). Media reporting of suicide: a comparative framing analysis of Malaysian newspapers. *SEARCH Journal of Media and Communication Research*. 11(2):73–88.
- Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). CASP –An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. *Int J Soc Psychiatry*. 63(7):589–97.
- Vijayakumar L (2019). Media matters in suicide – Indian guidelines on suicide reporting. *Indian J Psychiatry*. 61(6):549.
- Vijayakumar L, Pathare S, Jain N, Nardodkar R, Pandit D, Krishnamoorthy S et al. (2020). Implementation of a comprehensive surveillance system for recording suicides and attempted suicides in rural India. *BMJ Open*. 10(11):e038636.
- Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 385(9977):1536–44.
- Wasserman C, Postuvan V, Herta D, Iosue M, Värnik P, Carli V (2018). Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. *PloS One*. 13(2):e0191843.
- Weiner BJ (2020). A theory of organizational readiness for change. In: Nilsen P, Birken SA, editors. *Handbook on implementation science*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 379(9820):1005–12.
- OMS (2008a). Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf, consulté le 1er janvier 2021).
- OMS (2008b). Preventing suicide: how to start a survivors' group. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44801/9789241597067_eng.pdf?sequence=1, consulté le 1er janvier 2021).
- OMS (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>, consulté le 28 janvier 2021).
- OMS (2011). Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf?sequence=1, consulté le 1er janvier 2021).

OMS (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf;jsessionid=076C64B4C897BDFBD746E58238E8CE23?sequence=1, consulté le 23 février 2021).

OMS, UNHCR (2012). Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/76796/9789241548533_eng.pdf?sequence=1, consulté en anglais le 23 février 2021).

OMS (2013). Reconstruire en mieux : pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/mental_health/emergencies/building_back_better/en/, consulté le 23 février 2021).

OMS (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/, consulté en anglais le 23 février 2021).

OMS (2015). Guide d'intervention humanitaire mhGAP : prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/, consulté en anglais le 23 février 2021).

OMS (2016a). Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en/, consulté le 23 février 2021).

OMS (2016b). Problem Management Plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/, consulté le 23 février 2021).

OMS (2017). OMS (2017). Prévention du suicide : une ressource pour les professionnels des médias, mise à jour 2017. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258814/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf?sequence=1>, consulté en anglais le 1er janvier 2021).

OMS (2018a). National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/, consulté le 23 février 2021).

OMS (2018b). mhGAP operations manual (guide to scaling up mental health services in non-specialized health settings to achieve universal health coverage). Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/mental_health/mhgap/operations_manual/en/, consulté le 23 février 2021).

OMS (2018c). Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line. Geneva: World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf?ua=1>, consulté le 1er janvier 2021)

OMS (2018d). Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/suicide-prevention-toolkit-for-engaging-communities>, consulté le 28 janvier 2021).

OMS (2018e). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>, consulté le 28 janvier 2021).

OMS (2019a). Prévention du suicide : Guide à l'usage des réalisateurs et des autres personnes travaillant pour la scène ou l'écran. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>, consulté en anglais le 1er janvier 2021).

OMS (2019b). Guide d'intervention mhGAP, version 2.0. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide--version-2.0>, consulté le 23 février 2021).

OMS, FAO (2019). La prévention du suicide : indications pour les services d'homologation et de réglementation des pesticides. Genève et Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Organisation mondiale de la Santé (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326947>, consulté le 23 février 2021).

OMS (2020). Helping adolescents thrive. Guidelines on promotive and preventive mental health interventions for adolescents. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf>, consulté le 24 février 2021).

OMS (2021). Menu of cost-effective interventions for mental health. Geneva: World Health Organization (in press).

Yip PSF, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY (2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 379(9834):2393–9.

Yip PSF, Tang L (2021). Public health approach to suicide research. In: Kolves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D, editors. *Advancing suicide research*. Göttingen: Hogrefe.

Zakiullah N, Saleem S, Sadiq S, Sani N, Shahpurwala M, Shamim A et al. (2008). Deliberate self-harm: characteristics of patients presenting to a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Crisis*. 29(1):32–7.

LIVE LIFE

Fondements transversaux :

l'analyse de la situation

la collaboration multisectorielle

la sensibilisation et le plaidoyer

le renforcement des capacités

le financement

la surveillance, le suivi et l'évaluation

Interventions clés et efficaces fondées sur des preuves:

limiter l'accès aux moyens de suicide

collaborer avec les médias pour une couverture responsable du suicide

favoriser l'acquisition de compétences sociales et émotionnelles chez les adolescents

identifier précocement et soutenir toute personne touchée



Organisation
mondiale de la Santé

Région africaine