

# PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LES CENTRES FÉDÉRAUX POUR REQUÉRANTS D'ASILE DE LA REGION SUISSE ROMANDE

RAPPORT DU CONSORTIUM DE RECHERCHE UNISANTÉ – DP-CHUV

Coordonné par Javier Sanchis Zozaya et Sydney Gaultier

# SOMMAIRE

---

<b>SOMMAIRE</b>	1
<b>INTRODUCTION</b>	3
Suicide et migration	
Suicidalité et vulnérabilités spécifiques des requérants d'asile	
Suicidalité dans les centres de traitement des demandes d'asile	
<b>CONTEXTE DE L'ÉTUDE</b>	6
Contexte de l'appel d'offres et de l'étude	
<b>OBJECTIFS</b>	8
Objectifs de l'étude	
<b>MÉTHODOLOGIE</b>	9
Schéma chronologique des étapes de la recherche	
Rencontre des mandataires et constitution d'un groupe de suivi	
Analyse de la documentation transmise par le SEM	
Étude observationnelle	
Étude quantitative par questionnaire en ligne	
Entretiens semi-structurés auprès d'un panel de professionnels	
<b>ANALYSE DES DONNÉES RÉTROSPECTIVES ET DES RÉSULTATS QUANTITATIFS</b>	13
Données rétrospectives à partir des fiches d'incidents	
Analyse des fiches d'incidents des deux cas de suicide	
Analyse des résultats de l'étude quantitative par questionnaire en ligne	
<b>DISCUSSION</b>	31
Axe compétences	
Axe structurel et opérationnel	
Axe coordination avec partenaires externes	
<b>RECOMMANDATIONS</b>	44
Axe compétences	
Axe structurel et opérationnel	
Axe coordination avec partenaires externes	
<b>PLAN D'ACTION</b>	50
<b>RÉFÉRENCES</b>	53
<b>ANNEXES</b>	57
Annexes 1 - Identité du consortium chargé du projet	58
Annexes 2 - Méthodologie de recherche de la littérature nationale et internationale sur la thématique	61
Annexes 3 - Organisation des journées d'observations	63
Annexes 4 - Dimensions mesurées par le questionnaire en ligne	65
Annexes 5 - Échelle OLBI (Oldenburg burnout inventory)	68
Annexes 6 - Note d'information en ligne	70
Formulaire d'information en ligne téléchargeable	71
Formulaire en ligne de consentement éclairé	77
Annexes 7 - Trame de l'entretien semi-structuré	78
Annexes 8 - Analyse détaillée des deux cas de suicide au CFA de Boudry	82
Annexes 9 - Propositions de définitions autour de la suicidalité	89

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte et n'a aucune intention discriminatoire.

# INTRODUCTION

---

## Suicide et migration

Dans les pays d'accueil, les taux de suicide des migrants rejoignent généralement ceux des populations locales (Spallek et al., 2015, cité par Saillant et al. 2017). Il existe toutefois des différences, à savoir que comparativement aux populations locales européennes, les migrants auraient tendance à moins répéter leur geste suicidaire (Lipsicas et al., 2014). L'explication résiderait dans une vulnérabilité transitoire couplant les éléments de l'histoire migratoire associés à des facteurs de stress et d'insécurité administrative et psychosociale (Saillant et al. 2017). Parmi la population migrante générale, les femmes effectuent davantage de tentatives de suicide que les hommes (Saillant et al., 2017), toutefois, les suicides avérés sont plus fréquents chez les hommes quelques soient les populations.

## Suicidalité et vulnérabilités spécifiques des requérants d'asile

Des études internationales font état d'un taux élevé de suicidalité (idées, comportements et décès) parmi les requérants d'asile (Ao et al., 2012 ; Cohen, 2008 ; Goosen et al., 2011 ; vanOostrum et al., 2011). Ce taux élevé dans un groupe minoritaire peut traduire une précarité sociale et juridique, avec un sentiment de droits non respectés, entraînant une incapacité à se projeter vers l'avenir et construire une image de soi socialement valorisante (Tousignant et Laliberté, 2007).

En Suisse, à partir des registres des services des urgences (Schoretsanitis et al., 2018), il a été observé que les requérants d'asile manifestent plus fréquemment des idées suicidaires associées à des comportements agressifs que la population locale qui consulte. Le profil des requérants pris en charge par les urgences est principalement constitué d'hommes jeunes, âgés en moyenne de 29 ans.

Les diagnostics pour les requérants incluaient souvent des troubles liés au stress. Les patients venaient d'un large éventail de pays, dont les plus représentés étaient l'Érythrée, l'Afghanistan et le Maroc. La majorité des patients étaient célibataires (56,3%) et n'avaient pas d'enfants (60,5%). Près de 6 patients sur 10 (55,5%) n'avaient aucun parent en Suisse. Les requérants d'asile vivaient principalement dans des centres d'accueil (71,4 %).

Ces résultats suisses convergent avec d'autres études européennes, à partir des données hospitalières ou d'urgences psychiatriques, faisant état d'une incidence élevée de comportements suicidaires chez les requérants d'asile, résidant dans des centres d'accueil (Goosen, et al., 2011 ; Reko et al., 2015).

Au Danemark, une étude rétrospective portant sur la période 2001-2003, a permis d'établir que parmi les requérants de plus de 15 ans, le nombre de tentatives de suicide était 3,4 fois plus élevé que celui des résidents danois (Staehr et al., 2006). Les comportements suicidaires étaient les plus fréquents parmi les personnes âgées de 30 à 39 ans avec pour les trois quarts un diagnostic lié au stress. Les auteurs suggèrent que le temps d'attente (20,8 mois en moyenne sur cette période), combiné au rejet des demandes d'asile, ont été des facteurs déclencheurs d'une réaction suicidaire. Toutefois, d'autres facteurs explicatifs sont à mobiliser dans la mesure où 44 % des tentatives de suicide sont survenues dans les six mois suivant l'arrivée dans le pays d'accueil.

En ce sens, la recherche en santé mentale portant sur les requérants d'asile a démontré des prévalences plus élevées par rapport à la population générale de troubles tels que le trouble de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété et les troubles psychosomatiques (Giacco, Priebe, 2018 ; Silove et al., 2017). La prévalence du trouble de stress post-traumatique dans cette population serait 10 fois plus élevée que dans la population générale (Fazel et al., 2005). Cette constellation de troubles, largement comorbides entre eux, se retrouve aussi parmi les mineurs non accompagnés, pouvant atteindre plus de la moitié des jeunes avec des symptômes qui persévèrent dans le temps (Derluyn et al. 2009 ; Vervliet et al. 2014). Les études internationales portant sur les centres d'accueil pour requérants ont mis en valeur la vulnérabilité particulière des MNA avec un plus grand nombre de comportements d'automutilation et des corrélations étroites entre santé mentale et suicidalité (Gargiulo et al., 2020).

Cette vulnérabilité accrue s'explique par l'absence de protection durant le parcours migratoire qui expose les MNA à davantage d'évènements traumatiques, sachant que parmi cette population, le nombre d'évènements vécus corrèle avec l'intensité des troubles manifestés (Huemer et al., 2009). Ces prévalences se retrouvent de façon plus accentuée parmi les MNA en comparaison aux requérants mineurs accompagnés de leur famille (National Child Traumatic Stress Network - Refugee Trauma Task Force, 2003). Plusieurs études rapportent aussi la présence aigüe d'idéations suicidaires parmi ce groupe (Huemer et al., 2011 ; Jensen et al., 2014 ; Sarkadi et al., 2017).

### Suicidalité en centres de traitement des demandes d'asile

Les requérants d'asile en Europe et dans le monde sont accueillis dans des centres administratifs de « détention », de « rétention », « d'hébergement », etc., selon les dénominations et pratiques propres à chaque pays, le temps de la procédure administrative qui comprend : la vérification de l'identité du requérant, le traitement de sa demande d'asile et/ou de l'application de la mesure de renvoi vers le pays d'origine ou un pays tiers.

Il a été observé que la période de « détention » en centre tend à péjorer les problèmes de santé mentale chez les requérants d'asile (Filges et al., 2015). Dans le même sens, les facteurs de stress post-migratoire liés au processus d'asile et à la politique migratoire, affectent le fonctionnement psychologique des réfugiés (Li et al., 2016 ; Tessitore et Margherita, 2020).

Dans ce contexte, l'étude des fiches d'incidents émises depuis les centres pour requérants d'asile s'avèrent particulièrement importantes. Les principales recherches sur ce sujet sont australiennes (Hedrick et al., 2017, 2019, 2020ab).

Hedrick et al. (2017) rapportent à partir des fiches d'incidents, qu'indépendamment de l'intention suicidaire, dix procédés traduisant une suicidalité sont recensées, dont les quatre les plus fréquentes sont :

- 1) Les automutilations par coupures (47 %),
- 2) Les tentatives de pendaison (19 %),
- 3) Les coups portés contre soi-même (Self-battery) (12 %)
- 4) L'auto-intoxication médicamenteuse (6 %).

Le terme de *Self-battery* désigne, selon les auteurs, le fait de se frapper ou heurter son corps contre des objets dans le but de se blesser. La recension des gestes auto-dommageables est un enjeu majeur dans la mesure où ils représentent l'un des facteurs prédicteurs les plus importants des comportements suicidaires, particulièrement parmi les minorités ethniques (Spallek et coll., 2014).

En contexte Australien, toujours à partir des fiches d'incidents, la suicidalité est associée à sept facteurs déclencheurs dont les quatre principaux sont :

- 1) Les conditions de détention (nuisances du quotidien, promiscuité, délai d'accès aux soins, transfert entre centres) (39 %),
- 2) La durée de la procédure (dépôt, décision, recours) (27 %),
- 3) Les décisions négatives (rejet de la demande d'asile) (24 %),
- 4) La séparation familiale (3 %).

Dans plusieurs articles, Hedrick et al., (2017, 2019, 2020ab), soulignent les limites des statistiques rétrospectives sur dossiers et les biais que comportent les fiches d'incidents consultées. Il est relevé que seules les automutilations déclarées et/ou nécessitant une intervention médicale sont recensées, ce qui implique que les gestes qui ne sont pas portés à l'attention du personnel du centre ne sont pas comptabilisés. De surcroît, la base de données consultée ne mentionnait pas les détails relatifs à l'âge et au pays d'origine des requérants. Les rapports d'incidents disponibles pour analyse n'incluaient pas le suicide. Les auteurs relèvent, en Australie, de fortes résistances à l'accès à ces données et un manque de transparence des autorités. Il existe un manque d'informations systématiques concernant les facteurs clés associés à l'automutilation parmi les requérants d'asile.

Sur 949 rapports d'incidents d'automutilation évalués, il sera relevé la systématique de la date, du centre d'hébergement du requérant et de l'heure à laquelle s'est produite l'automutilation. Les méthodes utilisées pour s'automutiler sont signalées dans 81,5 % des cas. Dans seulement 4% des situations, l'acte conduit à une évaluation médicopsychologique et dans 6% à une consultation hospitalière.

Dans les cas d'une absence d'évaluation médicopsychologique ou d'un défaut de déclaration de l'acte effectué, se joue une problématique majeure autour de la répétition des actes auto-dommageables. En effet, les recherches sur l'automutilation traitée en milieu hospitalier révèlent que la répétition de l'automutilation est plus élevée chez les personnes qui n'ont pas reçu d'évaluation psychosociale comparées à celles qui en ont bénéficié. Par conséquent, l'absence d'évaluation ou sa non transmission peuvent participer à la détresse psychosociale du requérant et à la répétition de son acte.

La variabilité des informations recueillies rend problématique l'identification des tendances en matière d'automutilation et la mise en œuvre de stratégies de prévention. Les auteurs rappellent que l'une des principales recommandations du rapport de l'OMS « *Prévenir le suicide : un impératif mondial* » (2014), était l'amélioration de la qualité des données sur l'automutilation et les tentatives de suicide par les autorités. Sans des données fiables, il est difficile de déterminer les taux de prévalence et les facteurs contributifs de tels passages à l'acte. Ces données sont essentielles à une meilleure connaissance de l'épidémiologie de l'automutilation chez les requérants d'asile et à leur prévention.

# CONTEXTE DE L'ÉTUDE

---

## CONTEXTE DE L'APPEL D'OFFRES ET DE L'ÉTUDE

Les requérants d'asile séjournent dans des centres fédéraux dans le cadre du traitement de leur demande d'asile, pour une durée maximale de 140 jours. Il s'agit de lieux d'hébergement semi-ouverts où les personnes vivent en communauté, respectant les règles de vie en collectivité (horaires, entretiens des locaux, activités, travaux, ateliers, etc.).

Avant 2019, la durée de séjour dans les centres était de maximum 90 jours. Suite à la votation populaire du 5 juin 2016, le projet du gouvernement de modifier la loi sur l'asile a été accepté. Cette loi vise une accélération de la procédure d'asile, mais implique, entre autres, que la procédure se déroule en grande partie dans les centres fédéraux (CFA) où le séjour y est rallongé. Ceci comporte un changement non négligeable du cadre de vie des requérants d'asile avec une augmentation de la période d'attente au sein des CFA. Ce changement a pour conséquence de voir émerger davantage de détresse psychologique et de troubles psychiatriques au sein des CFA durant cette période de traitement de la demande d'asile, alors que précédemment, le transfert plus rapide des requérants réduisait ce risque, qui se manifestait davantage sur les cantons.

Le Secrétariat d'État aux Migrations (SEM) a réalisé un appel d'offres afin de développer les processus en vigueur quant à la prise en charge en santé mentale des requérants d'asile, dans les centres fédéraux (CFA) romands (Boudry, Giffers, Vallorbe), qui font face à un nombre important d'épisodes auto-dommageables (automutilations, tentatives de suicide, suicides avérés). Ces événements interviennent malgré la possibilité pour les requérants d'asile de solliciter de l'aide auprès de l'équipe infirmière du centre et de bénéficier de suivis médicaux et psychiatriques.

Malgré les concepts actuellement disponibles pour la prise en charge des requérants d'asile (concept d'hébergement PLEX, concept pour la prévention de la violence, concept médical et processus interne en cas de besoin d'intervention urgente de la sécurité), les collaborateurs sur le terrain sont régulièrement exposés à des risques suicidaires en l'absence d'un processus spécifique à la prévention du suicide développé pour l'ensemble des centres fédéraux.

Le SEM précise que cette problématique impacte, au-delà des requérants d'asile, les collaborateurs travaillant dans les centres (encadrement du séjour, sécurité, infirmerie) et les personnes chargées de mener la procédure d'asile (en particulier, le mandataire).

Une analyse mandatée par l'OFSP en Suisse (Müller et al., 2017), montre que les requérants d'asile manifestent une haute prévalence de troubles de santé mentale et de détresse psychologique pouvant conduire à des gestes auto-dommageables, problèmes comportementaux, usages de toxiques, repli sur soi, etc. Il existe de multiples facteurs cumulatifs pouvant expliquer l'émergence de ce type de gestes. À ces difficultés, doit se rajouter en situation transculturelle les obstacles linguistiques et culturels liés au partage social

des émotions (Rimé, 2015), mais aussi au codage culturel des émotions qui conditionne leur manifestation. L'ensemble de ces éléments contribuent en situations transculturelles aux difficultés d'identification du risque suicidaire.

Cette détresse éprouvée par les requérants d'asile et la complexité de leur prise en charge peut en outre avoir un impact important sur les professionnels travaillant en contact avec eux et générer de fortes exigences émotionnelles, qui peuvent provoquer de la fatigue de compassion (Boyle, 2011 ; Adams, 2006), du burn-out (Canu, 2021 ; Guseva, 2019) ou amener des professionnels compétents à quitter leur poste de travail avec une perte du capital d'expérience cumulé. Les professionnels confrontés à des personnes suicidaires peuvent aussi éprouver des réactions émotionnelles et comportementales négatives, qui peuvent occasionner des problèmes de prise en soins (Michaud et al., 2021ab).

Pour ces raisons, la Division Région Suisse romande du Domaine de direction Asile du Secrétariat d'État aux migrations a décidé de mandater une recherche concernant la prévention du suicide dans les centres fédéraux pour requérants d'asile de la Région Suisse romande.



# OBJECTIFS

---

## OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Ce projet a pour objectif d'aboutir à l'élaboration d'un concept de prévention du suicide dans les centres fédéraux pour requérants d'asile de la Région Suisse romande. Il est noté qu'à ce jour, il n'existe pas de processus spécifique à la prévention du suicide développé pour l'ensemble des centres fédéraux. L'objectif visé, est un processus permettant aux collaborateurs sur le terrain d'offrir l'encadrement et le comportement adéquats, ainsi que les réactions appropriées. Ce projet aidera à définir les outils théoriques et pratiques à mobiliser dans le quotidien des centres, documentés dans un concept intégrant les diverses pistes.

La complexité de ces situations nécessite une analyse à plusieurs niveaux (requérants d'asile, professionnels, procédures et environnement), avec une approche interdisciplinaire qui permette un regard croisé entre les soins de premier recours, la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, complétée par une approche transculturelle, afin de proposer des recommandations pratiques et applicables dans ce contexte de prise en charge.

- Comment identifier un risque suicidaire ?
- Comment prendre en charge un geste suicidaire ?
- Quelle suite donner à un geste suicidaire ?
- Comment prévenir le risque de répétition d'un geste suicidaire ?
- Comment accompagner les collaborateurs et/ou requérants ayant assisté à un geste suicidaire ?
- Quelles formations/soutien aux compétences en direction des collaborateurs ?
- Comment optimiser la coordination avec les institutions cantonales ?

# MÉTHODOLOGIE

---

## SCHÉMA CHRONOLOGIQUE DES ÉTAPES DE LA RECHERCHE

Constitution d'un consortium d'experts, professionnels et universitaires dans le domaine de la psychiatrie et de la médecine de premier recours, de la migration et de la prévention du risque suicidaire auprès de publics mineurs et adultes (Cf. *Annexes 1*).

1. Rencontre des mandataires
2. Constitution d'un groupe de suivi avec bilans intermédiaires
3. Analyse de la documentation transmise par le SEM
4. Analyse de la littérature nationale et internationale sur la thématique
5. Étude observationnelle des centres
6. Étude quantitative par questionnaire en ligne
7. Entretiens semi-structurés auprès d'un panel de professionnels
8. Rédaction d'un rapport intermédiaire et transmission au SEM
9. Rédaction du rapport final après retour du SEM

## RENCONTRE DES MANDATAIRES ET CONSTITUTION D'UN GROUPE DE SUIVI

L'étude s'inscrit dans une démarche de co-construction avec les mandataires autour des objectifs poursuivis et de la méthodologie à appliquer.

Première rencontre avec le mandataire : 02.06.2021.

Formalisation du cadre de collaboration et constitution du groupe de suivi avec des collaborateurs du SEM.

Rencontres du groupe de suivi et bilans intermédiaires : 29.09.2021 - 10.11.2021.

## ANALYSE DE LA DOCUMENTATION TRANSMISE PAR LE SEM

### Analyse des concepts et des documents existants au sein du SEM

Le SEM a communiqué au consortium plusieurs documents de fonctionnement :

- Directive sur l'établissement de contrats et la passation de marchés au SEM
- Résumé des partenaires du SEM
- Statistiques démographiques depuis mars 2019 dans la région Romande
- Plan d'exploitation Hébergement (PLEX)
- Directives relatives à l'hébergement de requérants d'asile chez des particuliers
- Gestion de la qualité en matière d'hébergement
- Centre Fédéraux pour requérants d'asile – Règlement intérieur
- Domaine de l'asile - Directive du 1.1.2008 - obligation de rembourser et taxe spéciale sur les valeurs patrimoniales
- Betriebskonzept BEKO - Anhang 1: Frauenspezifische Bedürfnisse
- Ernährung in Asylzentren
- Konzept zur Gewaltprävention in den Bundesasylzentren

- Stratégie de transmission des informations dans les CFA
- Manuel d'accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA
- Description du processus en cas d'urgence médicale
- Note interne - Intervention cas médicaux
- Prévention du suicide
- Pistes pour la prévention et la diminution de la violence dans les CFA
- Plan de prévention de la violence dans les centres fédéraux pour requérants d'asile
- Workshop prévention de la violence. Région Suisse Romande (19.05.2021)
- Concept RMNA - Processus d'accompagnement des RMNA aux rendez-vous médicaux par leur personne de confiance
- Manuel relatif à l'encadrement des requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA) dans les centres fédéraux pour requérants d'asile (CFA)
- Aide-mémoire à l'usage des requérants d'asile mineurs non accompagnés
- Fiche d'information sur l'enseignement de base dans les régions Asile
- Directive de travail - Missions de réinstallation de réfugiés
- Directive de travail - Service Identification Sites délocalisés (DIAu)

L'ensemble de ces documents ont été analysés avec une attention particulière au processus de dépistage des troubles psychiques, gestion de la violence, accès aux soins médicaux et protocoles de coordination et accessibilité de l'offre de soins des institutions psychiatriques partenaires des centres fédéraux.

### Analyse des données relatives aux centres fédéraux pour requérants d'asile de la région suisse romande

Nous avons sollicité auprès du SEM les données supplémentaires suivantes :

- *Données concernant les incidents* : nombre de gestes auto-dommageables recensés (automutilations, tentatives de suicide, suicides), types de gestes auto-dommageables ou de tentatives de suicides (intoxication, pendaison, défenestration, etc.),
- *Données concernant l'activité sanitaire* : nombre de consultations infirmières, prévalence des troubles psychiatriques dépistés, nombre de patients orientés vers des consultations psychiatriques en ambulatoire, nombre de patients orientés vers des services d'urgences (générales ou psychiatriques), nombre de patients sous médication psychiatrique.

Le SEM a procédé à une extraction des fiches d'incidents des trois centres sur la période du 01 janvier 2021 au 30 septembre 2021. Les fiches devaient mentionner au moins l'un des éléments suivants :

- Propos suicidaires,
- Automutilations
- Tentative de suicide,
- Suicide

Il n'a pas été possible pour le SEM de remonter antérieurement à l'année 2021. Ayant changé de logiciel d'exploitation, l'administrateur n'était plus en mesure de procéder à une extraction des fiches.

## ÉTUDE OBSERVATIONNELLE

L'étude observationnelle incluait :

- La visite de chaque centre durant une journée
- Des entretiens avec les cadres responsables de chaque centre, puis visite guidée et rencontre des professionnels de différents corps de métier (Cf. *Annexes 3*).

Chercheurs impliqués : Dr Javier Sanchis Zozaya, Sydney Gaultier, Monica Camisani et Boris Pourré.

Dates des visites :

- Giffers (10.09.21)
- Vallorbe (14.09.21)
- Boudry (28.09.21)

## ÉTUDE QUANTITATIVE PAR QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Afin de pouvoir impliquer le maximum de professionnels et tendre vers une représentativité statistique de nos résultats, nous avons utilisé un questionnaire en ligne sécurisé via REDCap, adressé à l'ensemble des collaborateurs. Ce procédé permet d'obtenir le maximum de données à la fois précises et représentatives de tous les corps de métier des différents centres.

Le questionnaire est mixte, constitué majoritairement de questions fermées, d'échelles de Likert ou de questions à choix multiples, mais aussi de quelques questions ouvertes, où chaque participant a la possibilité de s'exprimer librement selon la consigne. Un questionnaire standardisé sur le Burnout a également été utilisé (échelle OLBI - Oldenburg Burnout Inventory) afin de mesurer les risques psychosociaux touchant les collaborateurs (Cf. *Annexes 4-5*).

Le lien vers le questionnaire a été envoyé aux responsables des équipes, qui l'ont fait suivre à leurs collaborateurs. Au début du questionnaire en ligne, les participants ont validé le consentement éclairé, après l'avoir lu en entier (Cf. *Annexes 6*). La participation était anonyme et librement consentie.

Après vérification auprès du bureau de promotion de la recherche du CHUV, en respectant une stricte anonymisation, notre protocole ne nécessitait pas d'approbation du comité d'éthique cantonal (protocole hors loi sur la Recherche Humaine - LRH).

## ENTRETIENS SEMI-STRUCTURÉES AUPRÈS D'UN PANEL DE PROFESSIONNELS

L'ensemble des professionnels des CFA ont été sollicités pour participer à cette dernière phase de l'étude :

- Encadrement ORS - MedicHelp ORS - Protectas – SEM – CARITAS - Enseignants - Aumôniers

Les entretiens semi-structurés ont été récoltés par téléphone (Cf. *Annexes 7*). 36 professionnels des trois centres se sont proposés et 14 ont été contactés.

Afin de garantir la confidentialité des personnes interviewées, nous avons procédé de la manière suivante :

- Lors de l'étude quantitative par questionnaire en ligne, nous avons laissé la liberté aux participants de nous contacter pour participer volontairement à cet entretien semi-structuré.
- Ensuite, parmi toutes les personnes inscrites volontairement, les chercheurs ont choisi de manière aléatoire des personnes des différents corps de métier et par centre.
- La participation à l'enquête est volontaire, avec un consentement éclairé de la part des professionnels interviewés.

La durée des entretiens était approximativement d'une heure. Une synthèse consignée a été réalisée pour chaque entretien.

# ANALYSE DES DONNÉES RÉTROSPECTIVES ET DES RÉSULTATS QUANTITATIFS

## DONNÉES RÉTROSPECTIVES À PARTIR DES FICHES D'INCIDENTS

Les statistiques rétrospectives couvrent une période de 9 mois. Il nous a été rapporté pour la période du 01 janvier au 30 septembre 2021 environ 1200 fiches d'incidents pour le site de Boudry, 380 pour le site de Vallorbe et 380 pour le site de Giffers. Sur le total de ces fiches d'incidents, 37 mentionnaient un évènement se rapportant à une conduite d'automutilation et/ou un épisode suicidaire.

CFA	Nombre approximatif de fiches d'incidents	Nombre de rapports d'incidents extraits	Capacité approximative d'accueil sur la période
Boudry	1200	25	480 requérants d'asile
Vallorbe	380	9	250 requérants d'asile
Giffers	380	3	300 requérants d'asile

**Tableau 1** : rapports d'incidents répartis selon les différents sites

Aucun suicide n'est à déplorer sur cette période. Les deux derniers suicides signalés par le SEM datent du 25.09.2019 et du 23.12.2020, au CFA de Boudry.

Il est important de préciser que le centre de Boudry est un centre avec des tâches procédurales, où les requérants d'asile démarrent leur procédure d'asile. Par la suite, selon l'évolution et la temporalité de la procédure, les requérants d'asile sont transférés dans les cantons, ou vers des centres « sans tâches procédurales », comme ceux de Vallorbe et de Giffers.

## Analyse des fiches d'incidents mentionnant des conduites suicidaires et/ou des gestes auto-dommageables

<i>Genre</i>	
H (%)	96,7%
F (%)	0,3%
<i>Age moyen</i>	
	24 ans
<i>Écart-type</i>	
	6
Mineurs (%)	16,7%

**Tableau 2** : Suicidalité, genre et âge moyen des requérants d'après les fiches d'incidents

Gestes auto-dommageables (%)	64,8%
Propos suicidaires (%)	35%
Tentatives de suicide (%)	21,6%
Violences sur autrui (%)	21,6%

**Tableau 3** : Types de gestes ou attitudes associées à une suicidalité d'après les fiches d'incidents (plusieurs gestes ou attitudes peuvent se cumuler)

	Maghreb			Asie				Afrique subsaharienne	Non renseigné
	Tunisie	Maroc	Algérie	Afghanistan	Syrie	Turquie	Yémen	Guinée	Nationalité manquante
Fiches d'incidents (n)	2	3	15	10	1	2	1	1	2
Requérants impliqués* (n)	2	3	11	7	1	2	1	1	2
Zone géo (%)	53,3%			36,7%				3,3%	6,7%

**Tableau 4** : Suicidalité et origines géographiques des requérants d'après les fiches d'incidents

\* Un requérant d'asile peut cumuler plusieurs fiches d'incidents, ce qui explique le différentiel entre le nombre de fiches d'incidents et le nombre de requérants impliqués.

% Méthodes de tentamen ou d'automutilation recensées	
Objet tranchant (%)	54%
Tentative de défenestration (%)	8,1%
Prise de médicaments (%)	5,4%
Tentative de se jeter sur les rails (%)	2,7%
Pendaison (%)	0%
Départ en ambulance vers hôpital (%)	43,2%

**Tableau 5** : Méthodes de tentamen, d'automutilation et hospitalisations recensées d'après les fiches d'incidents

Il ressort de cette étape de la recherche que les rapports d'incidents sont globalement bien tenus et détaillés malgré une non systématicité des champs remplis. En effet, une première feuille à cocher mentionne des catégories par colonnes. En fonction des incidents et surtout des agents protectas qui les ont remplis, les colonnes sont aléatoirement complétées et quelques fois laissées vides.

Il nous semble que les catégories sont à revoir, dans le sens d'une plus grande exhaustivité mais aussi d'une définition partagée des catégories proposées, éléments que nous reprendrons dans la discussion et les recommandations.

Par exemple, il est indiqué dans la colonne « Blessé(e) », des possibilités à cocher suivantes :

	% des mentions cochées dans la colonne « Blessé(e) »
Aucune case cochée (%)	37,8%
Maladie (%)	0%
Automutilation (%)	48,6%
Léger (encadrement) (%)	13,5%
Moyen (médecin) (%)	5,4%
Grave (hôpital) (%)	24,3%
Fatal (%)	0%

**Tableau 6 :** Pourcentage des mentions cochées dans la colonne « Blessé(e) » d’après les fiches d’incidents

Plusieurs niveaux logiques sont confondus entre la nomination de l’acte « Automutilation » ou d’un état « Maladie » (qui tous deux sont considérés comme des facteurs causaux) et leurs conséquences par niveau de gravité « Léger – Moyen – Grave – Fatal » et les réponses associées « encadrement – médecin – hôpital). A relever aussi que ces niveaux de gravité ne coïncident pas avec les décisions prises. En effet, 43,2% des événements recensés conduisent à un départ en ambulance vers l’hôpital, ce qui devrait, dans la même proportion, conduire à cocher la case « Grave (hôpital) », ce qui n’est pas le cas.

Quelle définition partagée est donnée de l’automutilation ? Est-ce que l’ensemble des gestes auto-dommageables y sont inclus ? A priori, non. En reprenant la case « Automutilation », celle-ci concerne 48,6% des cas recensés dans les fiches d’incidents, mais en lisant les comptes rendus détaillés, ceux-ci, tout actes auto-dommageables confondus, s’élèvent à 64,8%. Ce manque de nomenclature laisse la possibilité à chaque agent de consigner différemment les actes en fonction de la définition qu’il attribue à la catégorie à cocher.

Les propos suicidaires, tentatives de suicides et suicides ne figurent nulle part sur ce formulaire. Les « motifs d’intervention » énumérés sont les suivants :

	% des mentions cochées dans la colonne « motifs d’intervention »
Aucune case cochée (%)	16,2%
Infraction règlement (%)	32,4%
Dispute (%)	10,8%
Voie de fait (%)	21,6%
Harcèlement (%)	0%
Vol interne (%)	0%
Vol externe (%)	0%
Dégât matériel (%)	5,4%
Urgence médicale (%)	51,3%

**Tableau 7 :** Pourcentage des mentions cochées dans la colonne « motifs d’intervention » d’après les fiches d’incidents



Plusieurs cases peuvent être cochées pour un même événement. En toute logique, la suicidalité devrait figurer comme « Urgence médicale » alors que celle-ci n'est cochée que dans 51,3% des fiches concernées. Par ailleurs, la catégorie « Urgence médicale » est trop inclusive pour permettre des statistiques fiables et différenciées et ne nous renseigne pas sur le motif de cette urgence.

La colonne « État » est problématique aussi. Trois possibilités sont indiquées :

	% des mentions cochées dans la colonne « État »
Aucune case cochée (%)	0%
Sobre (%)	10,8%
Alcoolisé (%)	2,7%
Inconnu (%)	86,4%

**Tableau 8 :** Pourcentage des mentions cochées dans la colonne « État » d'après les fiches d'incidents

Il est sans aucun doute difficile de juger de « l'état » d'une personne et présupposer le type de produit consommé, mais ces résultats contrastent de façon franche avec les entretiens réalisés lors des visites dans les trois centres et les entretiens semi-structurés avec les professionnels, où il nous a été rapporté de façon convergente et systématique des problèmes d'addictions, principalement médicamenteuse et de sevrage à l'origine de nombreux épisodes suicidaires et/ou auto-dommageables.

**Tableau 9 :** Première page anonymisée du formulaire « Statistique Sécurité/interventions » complété par les agents protectas lors d'un incident.

Après demande de précision auprès de l'administrateur SEM concernant le mode d'extraction des fiches d'incidents, il ressort que seul l'intitulé donné par l'agent protectas, sans nomenclature standard, figurant sur le haut de la deuxième page du rapport détaillé d'incident à la ligne « Thema » est utilisé pour identifier et extraire les fiches d'incidents. A ce titre, les statistiques rétrospectives sont sujettes à caution du fait même des limites du procédé d'extraction.

Lors de la visite du centre de Boudry le 28.09.21, alors même que le responsable protectas avait extrait des statistiques d'incidents en très faible nombre qui ne correspondaient pas aux fiches d'incidents communiquées par l'administrateur (plus nombreuses), une tentative de suicide s'est produite impliquant un RMNA. L'acte nous a été rapporté lors de la visite et a perturbé les entretiens que nous devions mener. Les professionnels de première ligne déclinant le rendez-vous organisé en justifiant ne pas être en mesure, émotionnellement, de nous répondre.

Lorsque nous avons demandé à l'administrateur SEM les fiches d'incidents du mois de septembre, cette tentative de suicide n'y figurait pas. Après signalement de notre part de cette absence, la fiche a été retrouvée mais l'intitulé donné par l'agent protectas n'en permettait pas l'identification par l'administrateur. En effet, l'intitulé de la fiche mentionnait uniquement : « Thema : RMNA XXXXX Prise de médicaments » (numéro de requérant anonymisé).

**Encadré 1 :** Situation d'une tentative de suicide d'un RMNA ne figurant pas dans l'extraction initiale de l'administrateur SEM

Cette situation est tout à fait intéressante et illustre le manque de fiabilité, en l'état, des statistiques rétrospectives. Il suffit que le responsable protectas recherche des fiches d'incidents avec d'autres occurrences que l'administrateur SEM pour que les résultats divergent. L'intitulé de la fiche étant en texte libre, outre la subjectivité de l'agent, il peut comme dans le cas susmentionné, rapporter l'acte – une prise de médicaments – sans le qualifier davantage. Il était évident pour l'ensemble des intervenants dont le responsable protectas, avec lesquels nous avons échangé le jour même que l'acte de ce RMNA était une tentative de suicide, ce qui n'exclut pas qu'au moment de l'intervention du premier agent, la situation telle qu'appréhendue ne permette pas encore de préciser l'intentionnalité de l'acte.

Enfin, précisons pour clore cette partie, que les statistiques rétrospectives que nous avons produites, relèvent d'une lecture attentive, dans le texte, de chaque fiche d'incident dans sa chronologie et du codage des informations recueillies afin d'en extraire les éléments statistiques qui figurent plus haut. Cette procédure manuelle est évidemment trop coûteuse pour être reproduite et des procédés fiables de recensement automatisés doivent être mis en place.

## ANALYSE DES FICHES D'INCIDENTS DES DEUX CAS DE SUICIDE

Nous avons repris les fiches d'intervention et les différentes communications autour des deux situations de suicides. La faible prévalence de suicides ces deux dernières années dans les CFA nous permet d'écarter l'hypothèse d'une surreprésentation de la mortalité dans les centres en comparaison à la population générale.

L'analyse de ces deux cas tend à l'amélioration de nos connaissances et l'identification des forces et des faiblesses du fonctionnement actuel des CFA (Cf. *Annexes 8* pour un développement détaillé).

### ***Homme de 40 ans, CFA de Boudry – suicide sur les chemins de fer***

Les différentes interventions montrent un requérant avec une attitude toujours menaçante et en état d'ébriété qui rend difficile l'échange et la possibilité de tisser un lien de confiance. Les troubles du comportement sont clairement au premier plan et les interventions des professionnels du CFA visent à le contenir. Une approche de désescalade est utilisée, ce qui est adéquat dans ce type de situations.

Nous n'avons pas de détails sur ce qui est fait sur un plan médical, mais malgré plusieurs interventions de MedicHelp, l'ensemble des interventions des professionnels du CFA semblent surtout orientées à contenir le patient face à son attitude menaçante envers autrui. Nous sommes conscients que l'attitude du requérant d'asile ne contribue pas du tout à faciliter la tâche du personnel du CFA, et qu'il peut favoriser une forte contre-attitude à son égard. Toutefois, dès le début, nous avons aussi des signes clairs d'une suicidalité. Le requérant d'asile exprime à maintes reprises des idées suicidaires et lors de la première intervention par les professionnels du CFA, le 10.12.2020, nous savons que le requérant d'asile a fait une tentative de suicide, car il a été retrouvé sur les rails. Ceci aurait dû conditionner toute la suite des interventions et mettre en alerte le personnel du CFA à ne pas limiter leur intervention à la gestion des menaces hétéro-agressives, mais prendre en considération le risque d'un passage à l'acte suicidaire.

Nous manquons d'informations, mais à notre avis un suivi psychiatrique aurait été souhaitable. Une hospitalisation de courte durée en milieu psychiatrique et un suivi par le service MedicHelp, avec le soutien du service psychiatrique de la région aurait, peut-être, permis une autre issue. Dans ce type de situations il est parfois nécessaire de réaliser plusieurs hospitalisations courtes ou des visites aux urgences psychiatriques, afin de progressivement montrer au requérant que nous souhaitons comprendre les raisons de son mal-être afin de mieux l'aider.

L'analyse de ces fiches manifeste plusieurs points d'attention :

- Sur les fiches d'intervention, sous la rubrique « MOTIFS D'INTERVENTION » on ne mentionne pas qu'il s'agit clairement d'une « urgence médicale ». Ceci peut avoir comme conséquence qu'on ne repère pas des incidents en lien avec un risque suicidaire. Sous la rubrique « BLESSÉ(S) » il n'y a aucune mention sur le fait qu'il y ait un trouble psychique (alcoolisé et avec des idées suicidaires). Sur la partie « SIGNALEMENT D'INCIDENT PARTICULIER », il n'y a pas de précision sur le lieu où le requérant d'asile a été amené par la police à la fin de certaines de leurs interventions : Évaluation aux urgences psychiatriques ? Hospitalisation ? Poste de Police ? Et à son retour nous ne savons pas ce qu'il faut faire pour la suite, à un niveau sanitaire.
- La prise en charge sanitaire doit inclure et impliquer aussi les autres corps de métier du CFA. Dès la première intervention, avec la menace de suicide et la tentative de suicide (sur les chemins de fer – ce qui est un geste intentionnel, dangereux et possiblement fatal), il aurait été indiqué de mobiliser activement les services psychiatriques et solliciter une intervention, quitte à la répéter les jours suivants, à chaque fois qu'il était sous l'effet de l'alcool et qu'il exprimait des idées suicidaires. Nous pensons que l'absence de définitions claires sur ce qu'est une menace de suicide ou, notamment, une tentative de suicide ont pu contribuer à cette situation. Des formations sur la prévention et la gestion du risque suicidaire pourront aider les professionnels dans leurs décisions. L'absence d'une procédure sanitaire relative à la prévention du risque suicidaire a pu aussi contribuer à cette issue fatale. Nous saluons donc la volonté du SEM d'en créer une.

### ***Homme RMNA de 17 ans, CFA Boudry – suicide par pendaison***

Les différentes fiches montrent un requérant avec une attitude toujours menaçante et, en même temps, demandeur d'être contenu en cellule. Les professionnels du CFA, la police, ainsi que le tribunal, ont réagi de manière adéquate. Les menaces suicidaires ont été rapidement considérées comme crédibles par le tribunal et le requérant d'asile a été orienté vers les urgences psychiatriques.

Nous manquons d'informations plus précises, mais le service des urgences psychiatriques n'a pas considéré que le requérant d'asile souffrait de troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation. Cependant, ils ont considéré le requérant d'asile comme dangereux. Par la suite, il est toujours plus facile d'estimer qu'une brève hospitalisation d'observation ou une réévaluation le lendemain auraient été nécessaires. Bien qu'une hospitalisation ne soit pas toujours indiquée, il est toujours souhaitable de proposer une réévaluation le lendemain afin de s'assurer que le risque suicidaire est mieux contrôlé.

Nous apprécions, à la lecture des fiches, que lors de la réanimation, l'intervention des agents était adéquate (ils sont parvenus à récupérer la fonction cardiaque), montrant que la procédure sanitaire était connue et qu'ils étaient entraînés. Par la suite, des mesures de soutien pour les requérants d'asile qui ont assisté à l'événement ont été proposées, favorisant le contact avec des personnes de leur famille, mais aussi avec une prise en charge rapide par le service des urgences psychiatriques de la région. Toutes ces mesures post-événement sont excellentes.

Au vu de tout ce qui précède, nous n'avons pas d'améliorations à proposer concernant l'intervention des professionnels du CFA, en revanche nous nous interrogeons sur les modes de communication et de collaboration avec les partenaires externes, et les informations qui ont été communiquées. Il serait souhaitable d'améliorer la coordination avec les partenaires externes.

## **ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE PAR QUESTIONNAIRE EN LIGNE**

Nous comptabilisons 269 connexions, 235 personnes ont validé le consentement et suite aux questions relatives aux critères d'inclusions, il ressort que 208 personnes pouvaient participer et ont répondu au questionnaire, soit 41% du personnel des trois CFA.

Critères d'inclusion :

- Travailler dans un des trois CFA Romands de l'étude
- Travailler depuis au moins 1 mois dans un de ces trois CFA
- Être en contact avec des requérants d'asile au sein du CFA

Critère d'exclusion :

- Une seule réponse négative à l'un des critères d'inclusion précités entraînait la non-inclusion du participant à l'étude.

A noter pour la lecture des résultats qu'il y avait fréquemment des valeurs manquantes, c'est-à-dire des « non réponses » à certaines questions. Certains participants ont augmenté le niveau d'anonymisation du questionnaire en évitant de renseigner certains champs (par ex. le genre). Malgré des valeurs manquantes, nous assumons ce choix méthodologique qui participait de la liberté de chacun de répondre ou non à l'ensemble des questions proposées.

## Caractéristique des participants

	Fréquence	%
<i>Genre</i>		
H	79	41%
F	113	59%
<i>Age</i>		
18-25 ans	11	6%
26-35 ans	78	40%
36-45 ans	50	25%
46-55 ans	43	22%
56-65 ans (ou plus)	15	8%
<i>Années d'expérience</i>		
Moins de 2 ans	38	19%
Entre 2 et 5 ans	56	28%
Entre 6 et 10 ans	52	26%
Entre 11 et 15 ans	16	8%
Plus de 15 ans	35	18%
<i>Taux d'activité</i>		
Temps plein	110	56%
Temps partiel	86	44%
<i>Choix</i>		
Oui	79	92%
Non	7	8%
<i>Niveau d'étude</i>		
Scolarité obligatoire	11	5%
Diplôme d'études secondaires supérieures (Maturité/ Baccalauréat)	17	9%
Formation générale et professionnelle (CFC, BEP, CAP etc.)	41	21%
Formation supérieure (post- Maturité/Baccalauréat, BTS, HES, Université, etc.)	126	64%
Autre	1	0,5%

**Tableau 10** : Caractéristiques des participants

	Fréquence	%
Giffers	31	14,9%
Boudry	128	61,5%
Vallorbe	55	26,4%

**Tableau 11** : Répartition des collaborateurs ayant répondu en fonction des CFA (le total dépasse 100% car les participants pouvaient travailler sur plusieurs centres)

Il est à noter que le total des participants reste bien de 208 personnes, même si les effectifs cumulés des personnes ayant répondu par site d'exercice sont de 214, ce qui traduit pour quelques participants le fait d'intervenir sur plusieurs CFA.

Le taux de réponses au questionnaire en ligne est conséquent. Toutefois, en fonction des corps de métiers, la participation varie de façon très nette. A titre d'exemple, CARITAS a un taux de représentativité de son équipe de 67%, Medichelp de 61% et à l'extrême opposé, les équipes sécurité de Protectas de 17% ce qui implique que les résultats obtenus pour ce groupe de professionnels ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'ensemble.

	Boudry	Vallorbe	Giffers
Équipe sanitaire – ORS MedicHelp	12	8	8
Équipe encadrement et hébergement - ORS	48	23	27
Équipe sécurité - Protectas	130	33	35
Équipe représentants juridiques - CARITAS	20	5	3
Équipe personnes de confiance pour RMNA - CARITAS	15	0	0
Équipe socio-éducative pour les RMNA - ORS	12	0	0
Équipe enseignants pour les mineurs	4	4	1
Équipe d'aumôniers, pasteurs, prêtres et imams	5	5	3
Section Dublin- SEM	13	0	0
Section procédure - SEM	43	0	0
Partenaires et administration - SEM	6	1	1
Groupe administratif - SEM	23	0	0
Planification - SEM	7	0	0
Autres équipes - SEM	9	0	0
	347	79	78

**Tableau 12** : Effectif réel du nombre de collaborateurs selon catégorie professionnelle et CFA où ils travaillent (données SEM)

	Fréquence	%
Boudry	128/347	37%
Giffers	31/78	40%
Vallorbe	55/79	70%
<b>Total</b>	<b>208/504</b>	<b>41%</b>

**Tableau 13** : Représentativité du taux de participation au questionnaire pour chaque CFA

	Fréquence	Effectifs réels	% participation
Équipe sanitaire – ORS MedicHelp	17	28	61%
Équipe encadrement et hébergement - ORS	52	110	47%
Équipe sécurité - Protectas	34	198	17%
Équipe représentants juridiques - CARITAS	29	43	67%
Équipe enseignants pour les mineurs	6	9	67%
Équipe d'aumôniers, pasteurs, prêtres et imams	3	13	23%
Équipes SEM	54	103	52%

**Tableau 14** : Pourcentage de participation en fonction de la catégorie professionnelle

## Formations suivies par les collaborateurs

Malgré un plan de formation assez riche et varié, particulièrement parmi les agents protectas, il ressort que très peu de collaborateurs, tous corps de métiers confondus, ont suivi une formation relative à la prévention du risque suicidaire (17%). Cet élément fera l'objet d'une recommandation.

	Fréquence	%
<i>Premiers secours</i>		
Oui	146	74%
Non	51	26%
<i>Formation suivie</i>		
Il y a moins de 2 ans	76	53%
Entre 2 et 5 ans	32	22%
Plus de 5 ans	36	25%

**Tableau 15** : Formation gestes de premiers secours

	Fréquence	%
<i>Gestion de la violence</i>		
Oui	103	52%
Non	94	48%
<i>Formation suivie</i>		
Il y a moins de 2 ans	72	74%
Entre 2 et 5 ans	12	12%
Plus de 5 ans	14	14%

**Tableau 16** : Formation à la gestion de la violence

	Fréquence	%
<i>Prévention du risque suicidaire</i>		
Oui	33	17%
Non	161	83%
<i>Formation suivie</i>		
Il y a moins de 2 ans	24	80%
Entre 2 et 5 ans	04	13%
Plus de 5 ans	02	07%

**Tableau 17** : Formation à la prévention du risque suicidaire

## Exposition à des situations de crises suicidaires et impact subjectif sur les professionnels

87% des collaborateurs ayant répondu au questionnaire ont déjà été exposés dans le cadre de leur travail, de manière directe ou indirecte, à l'expression d'idées suicidaires par un requérant d'asile. 79% ont assisté à des gestes auto-dommageables d'un requérant sur lui-même (violences sur soi-même, scarifications, blessures, etc.) et 70% ont été exposés à des violences envers les autres (autre requérant, professionnel) d'un requérant en lien avec l'expression d'idées suicidaires.

56% des collaborateurs ont été exposés à une tentative de suicide et 43% à un décès par suicide.

De façon assez nette, les gestes auto-dommageables ainsi que les violences sur autrui sont les situations qui insécurisent le plus les professionnels et altèrent leur relation au travail.

	Fréquence	%
<i>Exposition à des gestes auto-dommageables</i>		
Oui	152	80%
Non	39	20%
<i>Sentiment de danger (plusieurs réponses possibles)</i>		
Pour le requérant	136	92%
Pour soi-même	68	46%
Pour les collègues	84	58%
<i>Conséquences les jours suivants (plusieurs réponses possibles)</i>		
A hésité à revenir travailler	30	20%
A été en arrêt de travail	6	4%
A pensé à démissionner	36	25%

**Tableau 18** : Collaborateurs ayant été exposés de façon directe ou indirecte aux gestes auto-dommageables d'un requérant sur lui-même

	Fréquence	%
<i>Exposition à des violences</i>		
Oui	130	70%
Non	57	30%
<i>Sentiment de danger (plusieurs réponses possibles)</i>		
Pour le requérant	113	91%
Pour soi-même	66	54%
Pour les collègues	77	62%
<i>Conséquences les jours suivants (plusieurs réponses possibles)</i>		
A hésité à revenir travailler	27	22%
A été en arrêt de travail	7	6%
A pensé à démissionner	29	24%

**Tableau 19** : Collaborateurs ayant été exposés de façon directe ou indirecte à un requérant violent, exprimant des idées suicidaires

	Fréquence	%
<i>Exposition à une tentative de suicide</i>		
Oui	101	56%
Non	78	44%
<i>Sentiment de danger (plusieurs réponses possibles)</i>		
Pour le requérant	82	89%
Pour soi-même	34	37%
Pour les collègues	43	47%
<i>Conséquences les jours suivants (plusieurs réponses possibles)</i>		
A hésité à revenir travailler	17	19%
A été en arrêt de travail	6	7%
A pensé à démissionner	17	19%

**Tableau 20** : Collaborateurs ayant été exposés de façon directe ou indirecte à une tentative de suicide d'un requérant

	Fréquence	%
<i>Exposition à un décès par suicide</i>		
Oui	74	43%
Non	98	57%
<i>Conséquences les jours suivants (plusieurs réponses possibles)</i>		
A hésité à revenir travailler	14	20%
A été en arrêt de travail	4	6%
A pensé à démissionner	13	19%

**Tableau 21** : Collaborateurs ayant été exposés de façon directe ou indirecte au décès par suicide d'un requérant

## Soutien au travail et connaissance des procédures internes

Moins de la moitié des professionnels (47%) témoignent d'un large soutien au travail suite à l'exposition à des événements évocateurs d'un risque suicidaire, 37% ne se sentent pas du tout ou rarement soutenus et 16% seulement « parfois ».

Les collaborateurs trouvent majoritairement du soutien parmi leurs collègues directs (60%) et ensuite auprès de leurs cadres hiérarchiques (39%), pour autant ils expriment davantage d'attente de soutien de la part de ces derniers (54%). Les collaborateurs aimeraient davantage trouver un soutien parmi les professionnels extérieurs (46%) alors que ces derniers sont sous



représentés comme soutien perçu actuel (10%). Ce dernier résultat peut étayer la recommandation qui sera émise, de mettre en place davantage de supervisions d'équipes.

	Fréquence	%
<i>Soutien perçu suite à des évènements</i>		
Pas du tout, rarement	47	37%
Parfois	20	16%
Fréquemment, tout à fait	60	47%

**Tableau 22** : Soutien perçu au travail par les collaborateurs

Suite à des évènements, auprès de qui le professionnel trouve-t-il du soutien ou aimerait-il en trouver ?

	Soutien perçu		Soutien souhaité	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Cadre hiérarchique	82	39%	112	54%
Collègues (même corps de métier)	125	60%	79	38%
Collègues (autre corps de métier)	38	18%	31	15%
Professionnels extérieurs	20	10%	95	46%
Personnes extérieures (famille, ami.e.s, conjoint.e)	79	38%	45	22%
Aucune personne	7	3%	2	1%

**Tableau 23** : Soutien perçu et soutien souhaité au travail par les collaborateurs

\* \*  
\*

En toute logique, même si une connaissance expérientielle est présente et étayée chez certains professionnels par une formation à la prévention du risque suicidaire, en l'absence de concept de prévention propre aux CFA, la prise en charge du risque suicidaire reste la procédure la moins bien maîtrisée (52%). La gestion de la violence et la procédure d'orientation vers les soins infirmiers médicaux et/ou psychiatriques sont largement connues, même si elles ne sont pas partagées par tous, ce qui peut s'expliquer aussi par les tâches différentes incombant à chaque corps de métier. Les collaborateurs estiment à 57% que les procédures existantes sont adaptées et à 74% qu'elles sont appliquées. 51% estiment qu'il manque encore des procédures. A la question ouverte « lesquelles », de nombreux collaborateurs évoqueront les difficultés de la prise en charge des troubles mentaux et la nécessité de la présence d'un psychologue ou psychiatre dans l'institution. Cette proposition vient répondre à la difficulté de mettre en place un suivi extérieur pour les requérants, au besoin de débriefing des équipes après un événement et lors d'une intervention à la difficulté de définir le leadership entre les collaborateurs.

<i>Connaissance des procédures internes</i>	Fréquence	%
<i>Gestion de la violence</i>		
Non, un peu	62	38%
Moyennement à tout à fait	102	62%
<i>Prise en charge du risque suicidaire</i>		
Non, un peu	85	52%
Moyennement à tout à fait	80	48%
<i>Orientation vers les soins infirmiers médicaux psychiatriques</i>		
Non, un peu	59	36%
Moyennement à tout à fait	103	64%

**Tableau 24** : Connaissance des procédures par les collaborateurs

## Observations au quotidien et profils perçus des requérants les plus à risque de manifester des conduites suicidaires

Suite à une tentative de suicide, à l'expression d'idées suicidaires ou à des gestes auto-dommageables (violences sur soi-même, scarifications, blessures, etc.), il était demandé aux professionnels s'ils observaient les jours qui suivent une augmentation de ces mêmes phénomènes. De façon très nette, les professionnels observent les jours qui suivent une augmentation des gestes, propos agressifs et menaces entre requérants ou envers les professionnels (63%). Les phénomènes de suicidalité produisent une tension conflictuelle et un mal-être collectif assez explicite et dans la moitié des cas, sont perçus aussi comme des déclencheurs de phénomènes mimétiques entre requérants. L'analyse rétrospective des fiches d'incidents pointait aussi des phénomènes en « série » sur quelques jours, puis une accalmie plus ou moins longue en fonction des centres. Quelques professionnels, lors de la visite des centres nous ont rapportés les mêmes observations. Ces éléments sont à prendre en considération dans le plan d'intervention en postvention.

<i>Augmentation perçue les jours qui suivent une tentative de suicide, l'expression d'idées suicidaires ou de gestes auto-dommageables</i>	Fréquence	%
<i>Tentatives de suicide chez les autres requérants</i>		
Non, un peu	85	58%
'Moyennement' à 'tout à fait'	61	42%
<i>Expression d'idées suicidaires chez les autres requérants</i>		
Non, un peu	73	51%
'Moyennement' à 'tout à fait'	71	49%
<i>Gestes auto-dommageables chez les autres requérants</i>		
Non, un peu	68	49%
'Moyennement' à 'tout à fait'	71	51%
<i>Gestes, propos agressifs et menaces entre requérants ou envers les professionnels</i>		
Non, un peu		
'Moyennement' à 'tout à fait'	51	37%
	87	63%

**Tableau 25** : Perception par les professionnels des incidences de la suicidalité les jours suivant un évènement

Nous avons volontairement différencié pour les questions suivantes les gestes auto-dommageables et les idées suicidaires et tentatives de suicides. Lors de la visite des centres, il nous est apparu que les professionnels pouvaient différencier des profils à risques différents. Il ressort du questionnaire peu de différences, mais des profils à risque assez clairs d'hommes célibataires, plutôt jeunes mais majoritairement adultes, ayant déjà déposé une demande d'asile dans un autre pays et pouvant pour certains avoir des démêlés avec la justice.

Il n'y a pas de différences notables entre gestes auto-dommageables, et idées suicidaires et tentatives de suicides chez les requérants en fonction de leur zone géographique d'origine. En contrepartie, les personnes issues du Maghreb et d'Afrique du nord sont clairement identifiées comme les plus à risque, suivi des personnes venant d'Asie. Ces données représentationnelles convergent avec l'ensemble des entretiens menés lors de la visite des centres ainsi que lors des entretiens semi-structurés auprès des professionnels.

L'annonce d'une décision négative de la demande d'asile, des problèmes psychiatriques et/ou un problème de dépendance sont identifiés comme les principaux facteurs précipitants lors d'un épisode suicidaire.

Lors de la visite des centres et des entretiens semi-structurés, les problèmes de dépendance ont été très largement évoqués et illustrés, et plus particulièrement par les collaborateurs Protectas et ORS. L'annonce d'une décision négative est plus facilement évoquée par les collaborateurs CARITAS qui ont la charge de cette annonce et sont directement exposés aux réactions de détresse et de désarroi des requérants.

	Gestes auto-dommageables		Idées suicidaires Tentatives de suicide	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Les hommes comparés aux femmes	115	71%	88	57%
Les célibataires et/ou personnes seules au CFA comparés aux familles ou couples	141	87%	125	84%
Les mineurs comparés aux majeurs	52	33%	41	28%
Les requérants qui ont déjà déposé l'asile dans un autre pays comparés aux primo-demandes	103	63%	97	63%
Les requérants qui ont des problèmes avec la justice (délicts, vols, trafics et/ou agressions) comparés à ceux qui n'ont pas de poursuites	96	60%	88	58%

**Tableau 26** : Profil perçu par les professionnels, des requérants les plus à risque de manifester des gestes auto-dommageables vs idées suicidaires et/ou tentatives de suicide

	Gestes auto-dommageables		Idées suicidaires Tentatives de suicide	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Europe	1	1%	0	0%
Asie	30	19%	33	22%
Afrique subsaharienne	4	3%	5	3%
Maghreb et Afrique du nord	109	71%	94	64%
Autre	10	7%	15	10%

**Tableau 27** : Profil perçu par les professionnels, des requérants les plus à risque de manifester des gestes auto-dommageables vs idées suicidaires et/ou tentatives de suicide en fonction de leur zone géographique d'origine

	Gestes auto-dommageables		Idées suicidaires Tentatives de suicide	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Manifestent une détresse psychologique	146	98%	135	97%
Exercent une forme de "pression" pour obtenir ce qu'ils veulent	123	84%	96	71%
Cherchent un soutien	130	87%	116	87%

**Tableau 28** : Perception par les professionnels, des motifs qui sont parfois à très fréquemment liés aux gestes auto-dommageables vs idées suicidaires et/ou tentatives de suicide

	Gestes auto-dommageables		Idées suicidaires Tentatives de suicide	
	Fréquence	%	Fréquence	%
D'une mauvaise nouvelle reçue de la famille ou du pays	68	48%	63	48%
D'une souffrance liée à l'isolement/séparation de sa famille	84	59%	78	58%
De l'annonce d'une décision négative de la demande d'asile	119	82%	117	88%
De l'anticipation d'une décision négative de la demande d'asile	78	55%	74	56%
D'une stigmatisation/harcèlement de la part d'autres requérants	35	25%	31	24%
De la promiscuité de la vie collective dans le centre	22	15%	25	19%
D'une frustration liée aux règles de vie du centre	56	39%	37	28%
D'un problème psychiatrique	123	82%	108	81%
D'un problème de dépendance (drogues, alcool, médicaments, etc.)	119	82%	97	73%
D'une stratégie pour obtenir un bénéfice/changement de sa situation ou des règles de vie	79	55%	66	49%

**Tableau 29** : Perception par les professionnels, des causes possibles à l'origine des conduites suicidaires chez les requérants

Il ressort d'après les observations des professionnels concernant les signes avant-coureurs d'une crise suicidaire chez les requérants que la tristesse perçue, le repli sur soi, les gestes auto-dommageables et la frustration, sont les indicateurs les plus fréquents d'un passage à l'acte.

	Jamais, rarement n (%)	Souvent, presque toujours n (%)
<i>Agitation inhabituelle</i>	65 (50%)	64 (50%)
<i>Insultes ou menaces verbales</i>	64 (50%)	65 (50%)
<i>Violences physiques sur autrui</i>	84 (68%)	41 (32%)
<i>Gestes auto-dommageables</i>	38 (29%)	91 (71%)
<i>Emprise d'un toxique</i>	53 (42%)	73 (58%)
<i>Frustration</i>	38 (30%)	88 (70%)
<i>Repli sur soi</i>	29 (22%)	102 (78%)
<i>Tristesse</i>	24 (19%)	103 (81%)
<i>Aucun signe</i>	83 (74%)	29 (26%)

**Tableau 30** : Observations perçues des signes avant-coureurs d'une crise suicidaire

### Fréquence perçue des gestes suicidaires

Il ressortait des statistiques rétrospectives à partir des fiches d'incidents, en moyenne 4 incidents par mois sur l'ensemble des trois centres (37 incidents sur 9 mois). Lors de la visite des centres, l'ensemble des collaborateurs nous ont évoqué des incidents plus fréquents. Il nous intéressait de confronter ces écarts à partir de la *perception* des collaborateurs, ce qui peut traduire non pas nécessairement par une appréciation exhaustive mais un ressenti subjectif.

Pour 53% des collaborateurs, moins de 5 incidents sont à déplorer par mois et par centre, alors que pour 47%, il y en a le double, voir beaucoup plus. Si ces statistiques ne nous permettent pas de trancher cette question, elles nous confirment la nécessité pour le SEM de produire des statistiques fiables et non contestables.

	Fréquence	%
<i>Moins de 5 fois</i>	57	53%
<i>Entre 5 et 10 fois</i>	30	28%
<i>Entre 11 et 15 fois</i>	12	11%
<i>Entre 16 et 20 fois</i>	6	6%
<i>Plus de 20 fois</i>	2	2%

**Tableau 31** : Perception de la fréquence moyenne mensuelle des gestes suicidaires

### Compétences perçues et risques psychosociaux chez les professionnels

Les professionnels se perçoivent à 55% plutôt compétents (parfois, à tout à fait) pour faire face aux tentatives de suicide, à l'expression d'idées suicidaires et/ou aux gestes auto-dommageables des requérants, ce qui implique que 45% ne se perçoivent pas du tout ou rarement compétents dans les mêmes situations.

	Pas du tout, rarement n (%)	Parfois à tout à fait n (%)
<i>Compétence perçue pour faire face aux tentatives de suicide, à l'expression d'idées suicidaires et/ou aux gestes auto-dommageables des requérants</i>	64 (45%)	79 (55%)
<i>Capacité à aborder la question du suicide auprès de certains requérants en détresse</i>	64 (50%)	65 (50%)
<i>Est-ce que parler de suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?</i>	90 (68%)	42 (32%)
<i>Le suicide est-il un choix ?</i>	44 (34%)	87 (66%)

**Tableau 32** : Observations et compétences perçues des professionnels face au risque suicidaire

Les risques psychosociaux sont présents et sérieux avec :

- 44% des professionnels ayant répondu au questionnaire qui estiment que leur qualité de vie a diminué en lien avec leur travail et à l'exposition aux gestes suicidaires,
- 36% déclarent des troubles du sommeil,
- 12% sont sous médication
- 18% consomment des produits stimulants ou calmants
- 24% consultent en médecine générale pour un trouble lié à leur emploi
- 16% sont suivis en santé mentale.

Précisons que les effectifs globaux ne sont plus suffisamment représentatifs pour ces dimensions, de nombreux collaborateurs s'étant abstenus de répondre à des questions qu'ils ont pu juger sensibles.

	Pas du tout, rarement n (%)	Parfois à tout à fait n (%)
<i>Estimez-vous que votre qualité de vie a diminué en lien avec votre travail actuel ?</i>	79 (56%)	61 (44%)
<i>Ressentez-vous des troubles du sommeil que vous considérez être en lien avec votre travail actuel ?</i>	90 (64%)	50 (36%)
<i>Prenez-vous des médicaments que vous considérez être en lien avec votre travail actuel ?</i>	123 (88%)	16 (12%)
<i>Consommez-vous des produits stimulants ou calmants (hors prescription médicamenteuse)?</i>	112 (82%)	25 (18%)

**Tableau 31** : Impact perçu par les professionnels sur leur qualité de vie

	Jamais n (%)	Occasionnellement n (%)	Régulièrement n (%)
<i>Médecin généraliste ou spécialiste en santé somatique</i>	108 (76%)	32 (23%)	2 (1%)
<i>Psychiatre - Psychologue /psychothérapeute</i>	119 (84%)	15 (11%)	7 (5%)
<i>Autres professionnels (physiothérapeute, médecines alternatives, etc.)</i>	109 (77%)	24 (17%)	9 (6%)

**Tableau 32** : Consultations médicale ou paramédicales suite à des difficultés au travail

### Questionnaire OLBI (burnout).

Nous avons opté pour le questionnaire OLBI (Oldenburg Burnout Inventory, Demerouti *et al.*, 1999, 2003), afin de mesurer l'épuisement professionnel (burnout). Cette échelle est composée de 16 items mesurant deux dimensions principales :

- L'épuisement émotionnel dans ses aspects physiques, affectifs et cognitifs (8 items) et,
- Le désengagement, qui correspond à une distanciation par rapport au travail (8 items).

L'échelle a été construite avec un mélange d'items positifs et négatifs, nécessitant lors du calcul de score, des cotations inversées.

Parmi les différentes échelles mesurant le burnout, la OLBI est jugée comme la plus appropriée afin d'évaluer le burnout au sein de catégories socioprofessionnelles différentes et ses items sont particulièrement adaptés aux professions d'aide.

La moyenne des scores pour chacune des dimensions de la OLBI est présentée dans la Table 33 pour les tous les métiers confondus. Ces chiffres sont comparables à ceux rapportés dans la littérature pour d'autres professions (Delgadillo, 2008 ; Reis, 2015 ; Singval, 2019). Dans l'étude de Delgadillo *et al.* (2008), par exemple, les scores moyens chez 49 thérapeutes étaient de 2.2 (0.52) pour la dimension désengagement et 2.4 (0.51) pour la dimension épuisement.

Plusieurs seuils (qui à notre connaissance sont non validés), sont proposés dans la littérature pour identifier les personnes présentant ou à risque de burn-out (Chernoff, 2018, Chevrier, 2009 ; Peterson, 2008). Les prévalences du burnout, du désengagement et de l'épuisement chez les professionnels des CFA selon ces seuils sont présentées dans la Table 34. Il s'avère que quel que soit les seuils, de la moitié à près des deux tiers des participants des CFA présenteraient un burnout, davantage de type « Épuisement » que « Désengagement ».

D'après les critères plus stricts de Peterson *et al.*, 43% des participants seraient en burnout avec des scores élevés à la fois pour les dimensions « épuisement » et « désengagement ».

Questionnaire OLBI	N	Moyenne (sur échelle 1 à 4)	Ecart-type
Score Total	141	2,28	0,49
Dimension de désengagement	141	2,19	0,56
Dimension d'épuisement	141	2,39	0,52

**Tableau 33** : Scores moyens à la OLBI tous métiers confondus

	N	%
<b>Score global &gt;2.18 (échelle 1 à 4) (Chernoff, 2018)</b>		
<i>Pas de présence d'un burnout</i>	52	36,9
<i>Présence ou risque d'un burnout</i>	89	63,1
<b>Score ≥18 sur la dimension Épuisement (échelle 8 à 32) (Chevrier, 2009)</b>		
<i>Pas de détresse</i>	49	34,8
<i>Détresse significative</i>	92	65,2
<b>Selon seuils retenus par dimensions (échelle 8 à 32) (Peterson, 2008)</b>		
<i>Épuisement faible ou modéré (score &lt;2.25)</i>	49	34,8
<i>Épuisement élevé (score ≥2.25)</i>	92	65,2
<i>Désengagement faible ou modéré (score &lt;2.10)</i>	63	44,7
<i>Désengagement élevé (score ≥2.10)</i>	78	55,3
<i>Pas de présence d'un burnout</i>	80	56,8
<i>Burnout : Épuisement et Désengagement élevés</i>	61	43,2

**Tableau 34** : Burnout, épuisement et désengagement, tous métiers confondus parmi les professionnels des CFA, d'après différents seuils utilisés dans la littérature (Chernoff, 2018, Chevrier, 2009 ; Peterson, 2008).

Les scores moyens à la OLBI dans chaque corps de métier sont à considérer avec précaution vu le faible nombre de sujets. Nous n'avons pas mis en évidence de différences statistiquement significatives entre les différents corps de métiers, mais nous constatons toutefois que les équipes de MedicHelp scorent le plus haut sur les deux dimensions de la OLBI.

Les résultats à la OLBI sont convergents avec les témoignages des professionnels lors de la visite des centres ainsi que lors des entretiens semi-structurés. En accueillant et s'occupant d'une population vulnérable cumulant pour un fort pourcentage des troubles en santé mentale associés à une détresse psychosociale, les professionnels eux-mêmes se révèlent impactés et fragilisés par la charge émotionnelle liée à leur poste de travail et peuvent par usure, à la fois structurelle dans leurs conditions de travail, mais aussi dans l'exposition répétée à des situations adverses de détresse, manifester progressivement des attitudes de désengagement, c'est-à-dire de distanciation à l'égard de leur travail ainsi que des contre-attitudes à l'égard des usagers.

## DISCUSSION

---

À ce jour, il n'existe pas de processus spécifique à la prévention du suicide développé pour l'ensemble des centres fédéraux (CFA). À notre connaissance, cette étude est la première réalisée dans les CFA en Suisse. Elle vise la création d'un processus permettant aux collaborateurs sur le terrain d'offrir l'encadrement et le comportement adéquats, ainsi que les réactions appropriées pour réduire le risque suicidaire et les gestes auto-dommageables des requérants d'asile séjournant dans les CFA.

L'analyse de la littérature scientifique, des documents du SEM (protocoles, concepts et fiches d'incidents / rapports d'événements), de la visite des centres de Giffers, Vallorbe et Boudry, du questionnaire en ligne ainsi que des entretiens semi-structurés par téléphone, nous ont permis de récolter une large et riche quantité de données. Il est important de préciser que la collaboration avec l'ensemble du personnel des CFA, ainsi que du groupe de suivi de projet a été excellente et aidante dans la compréhension et la récolte des informations nécessaires.

Comme point de départ, il nous semble important de rappeler les recommandations émises en Suisse par l'OFSP, qui correspondent largement aux recommandations émises par d'autres pays d'Europe et par l'OMS. Les Chambres fédérales ont chargé la Confédération et les cantons d'élaborer un plan d'action pour la prévention du suicide. Il a été approuvé en novembre 2016 (OFSP, 2016a). Le plan d'action comprend dix objectifs :

1. Renforcer les ressources personnelles et sociales ;
2. Informer sur la suicidalité et sensibiliser à ce sujet ;
3. Proposer une aide rapidement et facilement accessible ;
4. Repérer à temps la suicidalité et intervenir précocement ;
5. Soutenir de manière efficace les personnes suicidaires dans leur processus de guérison ;
6. Diminuer les actes suicidaires en rendant difficile l'accès aux moyens létaux ;
7. Soutenir les personnes ayant perdu un proche et celles concernées professionnellement par cette thématique ;
8. Favoriser un traitement médiatique et une utilisation d'internet et des moyens de communication numériques à effet préventif ;
9. Encourager le monitoring et la recherche ;
10. Disséminer les exemples de bonnes pratiques en Suisse et à l'étranger.

Notre discussion s'appuiera sur ces recommandations et sera structurée en suivant trois axes généraux :

- *Axe compétences* : regroupe les compétences requises pour les professionnels pour prévenir le suicide et les conduites suicidaires dans les CFA, et veiller à ce que ces compétences puissent être pérennes.
- *Axe structurel et opérationnel* : regroupe les aspects liés à l'organisation interne des CFA.
- *Axe coordination avec les partenaires externes* : regroupe les aspects liés à la collaboration entre les CFA et les partenaires sanitaires externes.



Nous allons décrire :

- Les bonnes pratiques existantes dans les différents CFA et qu'il serait, en prenant en considération les particularités propres à chaque CFA intéressant de maintenir, voire de diffuser aux autres centres.
- Les pratiques qui doivent être améliorées ou implémentées, en nous appuyant sur la littérature scientifique ainsi que sur notre expérience cumulée depuis plusieurs années dans les centres pour requérants d'asile dans le canton de Vaud.

## 1. AXE COMPÉTENCES

Nous différencions deux types d'interventions qui contribuent à acquérir, développer et préserver les compétences requises pour bien mener à terme la prévention du risque suicidaire dans les CFA : les supervisions et les formations.

### 1.1. Supervisions (Cf. Recommandations 1.1)

Nous constatons que les supervisions par des professionnels de la santé mentale sont actuellement peu utilisées. Toutefois, les équipes sanitaires et les enseignants ont commencé à les solliciter et les implémenter. La littérature scientifique ainsi que notre expérience de terrain convergent sur l'importance des supervisions auprès des professionnels (Carpenter, 2012 ; Revell, 2016 ; Van der Heijden, 2019 ; Sanchis Zozaya, 2021).

Les objectifs pour les différents corps de métiers peuvent varier, selon la nature de leur travail et les difficultés auxquelles ils sont plus régulièrement confrontés. À titre d'exemple, les bénéfices escomptés comprennent :

→ *Disposer d'un espace réflexif, pour analyser les interactions quotidiennes avec les requérants d'asile, mais aussi entre les professionnels, soumis à des situations régulières de stress et de fortes exigences émotionnelles au travail*

Dans le quotidien, les interactions avec les requérants d'asile sont pour la plupart du temps cordiales et agréables, mais il arrive aussi que des requérants présentent des troubles du comportement, ou expriment leur mal-être par des comportements qui peuvent générer des tensions relationnelles avec les professionnels (insistance pour obtenir certaines requêtes non autorisées, des désaccords sur le refus de certaines demandes, accusations vis-à-vis du personnel des CFA de négliger ou maltraiter les requérants d'asile, etc.) ou tout simplement, leur souffrance psychique se manifeste avec des expressions émotionnelles qui peuvent interpeller les professionnels (attitude évitante, tendance à l'isolement, refus d'être aidés alors que la souffrance est manifeste, sentiment d'incompréhension, etc.). Face à ces difficultés, les supervisions réalisées par un professionnel en santé mentale (psychiatre, psychologue, infirmier) peuvent aider à mieux comprendre les enjeux psychologiques qui sous-tendent les comportements des requérants d'asile, mais aussi comprendre les enjeux relationnels entre les requérants d'asile et le.s professionnel.s. Une meilleure compréhension de ces aspects peut favoriser une désescalade des tensions relationnelles, mais aussi aider les requérants d'asile à mieux appréhender leur malaise et faciliter ainsi leur accès aux soins.

→ Réduire les risques psychosociaux de burnout et de fatigue de compassion

Quand des professionnels sont confrontés à des personnes en situation de grande précarité et/ou souffrance psychique de manière répétée, dans un cadre de travail stressant, ils sont plus à risque de développer de la fatigue de compassion (Boyle, 2011 ; Adams, 2006 ; Vu, 2017 ; Sanchis Zozaya, 2021) ou faire des burnouts (Van der Heijden, 2019 ; Jun, 2021). Ces deux concepts sont très proches. Le terme de fatigue de compassion est apparu dans les années 90, dans un contexte d'étude sur le burnout des infirmières qui travaillent dans les services d'urgences, d'oncologie, de soins palliatifs, etc., mais plusieurs études ont illustré que ce phénomène touche également d'autres corps de métier, comme les assistants sociaux ou les professionnels des services de protection de l'enfance. Le dénominateur commun est le fait d'être régulièrement en contact avec des personnes souffrantes, dans des prises en charge qui ne peuvent se résoudre d'une manière simple et rapide, et pour lesquelles une importante capacité d'empathie est requise.

Face à ce type de situations, les professionnels peuvent manifester un cortège de symptômes psychiques : apathie, détachement émotionnel, anxiété, baisse d'humeur, irritabilité, sentiment d'inutilité, etc. ; comme somatiques : fatigue, troubles du sommeil, maux de tête, troubles digestifs, etc. Le tableau clinique peut évoluer vers des états dépressifs et des troubles anxieux sévères, et conduire le professionnel à un arrêt de travail ou à une démission. Dans tous les cas, la fatigue de compassion comme le burnout, peuvent réduire les compétences des professionnels et compromettre la sécurité des patients, ainsi qu'augmenter le turnover des professionnels, ce qui peut déstabiliser les équipes (Jun, 2021 ; Van der Heijden, 2019).

Les supervisions peuvent aider à mieux contenir ces difficultés. Elles apportent un espace de parole qui facilite l'expression des vécus émotionnels difficiles, aide à donner du sens à la pratique professionnelle, pour ainsi atténuer l'éventuel malaise qui a pu apparaître. Ce type d'intervention, couplée à d'autres mesures organisationnelles, peuvent contribuer à réduire ce risque.

Lors de notre visite des centres, des entretiens téléphoniques et de la passation de l'échelle OLBI (Oldenbourg Burnout Inventory) dans le questionnaire en ligne, nous avons pu constater un risque élevé de burnout et de fatigue de compassion parmi toutes les équipes, avec des témoignages explicites parmi l'équipe sanitaire de MedicHelp, les juristes de CARITAS, les enseignants et des collaborateurs ORS. Nous avons constaté des signes évidents de burnout et/ou de fatigue de compassion chez les agents Protectas mais il était visiblement plus complexe pour ces collaborateurs de se percevoir « touchés » émotionnellement par les situations qu'ils rencontrent.

### 1.2. Formations (Cf. Recommandations 1.2)

De nombreuses formations sont proposées au sein des CFA pour les différents corps de métier et elles sont appréciées, comme la formation « Gestes de premiers secours » et « Gestion de la violence », qui sont très utiles pour la thématique qui nous concerne. Toutefois, nous constatons des lacunes dans la formation pour la prévention et la gestion du risque suicidaire, pour l'annonce de mauvaises nouvelles, pour le dépistage des troubles psychiques et leur prise en charge ainsi que l'accompagnement des personnes présentant une conduite de dépendance. Au regard des résultats de notre étude, il est aussi nécessaire de sensibiliser les professionnels aux risques psychosociaux liés aux caractéristiques de leur emploi.

→ Augmenter les compétences des professionnels dans la prévention du risque suicidaire

Le Groupe Romand pour la Prévention du Suicide propose une formation (*Faire face au risque suicidaire*<sup>1</sup>) qui s'appuie sur des recommandations internationales en utilisant une méthodologie commune dans toute la Romandie ce qui facilite la communication et l'évaluation entre les différents acteurs pour une prévention plus efficace. La formation s'adresse à tous les corps de métiers.

Objectifs de la formation :

- Modifier la posture des participants face à la problématique suicidaire
- Favoriser l'identification et l'abord de la problématique suicidaire
- Intégrer un modèle centré sur la rencontre et l'évaluation de la personne en crise suicidaire
- Favoriser l'utilisation d'un langage commun qui facilite la formation et la communication, tout en préservant la spécificité des approches cliniques
- Mieux connaître, en favorisant les échanges interprofessionnels, le rôle, les ressources et les limites des systèmes de professionnels (santé, socio-éducatif, enseignement, sécurité)

Programme :

Les thèmes abordés couvrent notamment :

- Les idées reçues
- La modélisation de la crise suicidaire
- Les enjeux de la rencontre
- Le modèle d'évaluation et d'intervention
- La collaboration entre les différents acteurs
- Les spécificités liées à l'âge et à la psychopathologie

## 2. AXE STRUCTUREL ET OPÉRATIONNEL

Le travail dans les CFA est complexe (stress constant chez les requérants d'asile lié à la procédure, promiscuité dans le quotidien, période de séjour trop courte pour la mise en place d'une politique de soins pérenne, etc.). Les ressources à disposition sont limitées, notamment la disponibilité d'interprètes communautaires à des moments non prévus à l'avance et pour une très grande diversité linguistique, ce qui limite la communication spontanée – l'outil de base relationnel.

Dans cet axe, nous allons développer les points suivants :

- Les procédures (sanitaires, gestion de la violence et du risque suicidaire),
- Le monitoring,
- Les équipes sanitaires des CFA,
- Les équipes d'encadrement ORS,
- Les espaces de coordination et d'échange interprofessionnel au sein des CFA.

---

<sup>1</sup> <https://www.formation-continue-unil-epfl.ch/formation/faire-face-au-risque-suicidaire/>

## 2.1. Procédures

### Procédure de gestion sanitaire

Nous avons analysé en détail les documents suivants : « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA », « Gestion de produits thérapeutiques dans les CFA », qui sont complétés par le « Plan d'Exploitation Hébergement (PLEX) », le « Manuel relatif à l'encadrement des RMNA dans les CFA » et les autres annexes et compléments relatifs aux RMNA. Nous avons également parcouru en détail les outils informatiques « Information Médicale à l'Arrivée » (IMA) et la « Première Consultation Médicale » (PCM).

La procédure « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA », l'IMA et la PCM comportent des lacunes importantes qui doivent être corrigées et adaptées, afin de rendre plus simple l'accès aux soins psychiatriques de qualité.

→ *Le dépistage des troubles psychiques et des addictions est limité et insuffisant. (Cf. Recommandations 2.1.1.1)*

Les efforts faits pour rendre l'IMA et la PCM accessibles à toutes les cultures et langues, via des outils informatiques, est remarquable. Elles sont traduites dans les principales langues et des fichiers audio permettent aux personnes analphabètes d'entendre les messages. Nous pensons que ce sont des outils pertinents et qui doivent être préservés, mais aussi améliorés et complétés par d'autres méthodes de dépistage et d'évaluation. Chaque requérant devrait bénéficier d'une évaluation par un professionnel de santé avec un interprète.

Nous estimons que le dépistage des troubles psychiques, ainsi que des addictions doit être revu entièrement. Les questions posées dans l'IMA et la PCM sont insuffisantes pour correctement dépister les troubles mentaux, mais aussi parce que ces sujets sont délicats à aborder et que de nombreux écueils sont à contourner, comme les carences en littératie en santé (health literacy) des requérants, les différents modèles explicatifs de la maladie selon les cultures et le manque de confiance dans les autorités que beaucoup de requérants peuvent ressentir.

**Carences en littératie en santé :** « ce sont les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de prendre des décisions concernant leur santé, de manière à maintenir ou à améliorer leur qualité de vie » (Sørensen, 2012). Pour pouvoir profiter de ce type d'informations, il faut s'assurer que la personne a une connaissance et une compréhension suffisamment bonne de la santé, ce qui n'est pas le cas pour beaucoup de personnes. À titre d'exemple, en Suisse, 45% de la population souffre de compétences limitées et pour 9% jugées insuffisantes (OFSP, 2016b). Les personnes peuvent sous-estimer un problème ou même ne pas l'identifier en tant que tel. Par exemple, certains problèmes d'addiction ne le sont pas considérés par la personne qui en souffre, ou certains symptômes psychiques ne sont pas reconnus comme un problème de santé et donc la personne ne va pas solliciter une aide adéquate. Toutes les informations sanitaires données aux requérants d'asile doivent prendre en considération cela, or nous avons constaté que de nombreuses informations offertes par internet demandent un niveau de littératie trop élevé. Nous avons pris le temps de les consulter<sup>2</sup> et avons constaté qu'elles ne sont pas spontanément accessibles, car le site s'affiche initialement en Français, et de nombreuses brochures ne sont qu'en Français ou limitées à quelques langues nationales et étrangères.

<sup>2</sup> Répertoire sur « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA – pp. 16-17 »

**Différences culturelles, avec différents modèles explicatifs de la maladie** (Kleinman, 1981 ; Kirmayer, 2004). Chaque culture a ses propres explications de la cause des maladies et des souffrances, et définie en conséquence la manière de les exprimer et de chercher des solutions. Ces modèles de compréhension ne sont pas universels, et bien que nous puissions identifier certains problèmes de santé comme d'origine somatique ou psychiatrique, dans d'autres cultures ils peuvent être compris comme un problème spirituel ou magique, ou être tabou et chargé de préjugés hautement stigmatisants, comme la plupart des troubles psychiatriques. À titre d'exemple, dans certaines cultures, les crises d'angoisse ou les flashbacks liés au trauma psychologique, peuvent être considérés comme des possessions par de mauvais esprits. Ceci peut amener la personne à ne pas solliciter l'aide des services sanitaires, ou dans certains cas, solliciter les aumôniers ou d'autres personnes de leur communauté.

**Manque de confiance dans les autorités** (Da Silva Rebelo, 2018) (Ní Raghallaigh, 2012). Les personnes ayant fui des états en guerre, dictatures ou d'autres types de désordre, peuvent percevoir les autorités du pays d'accueil aussi comme menaçantes et arbitraires. Il n'est pas rare, selon notre expérience dans le canton de Vaud, que le personnel sanitaire puisse aussi être considéré comme faisant partie du système, et donc, certaines personnes ne vont pas aborder ouvertement leurs troubles psychiques, sauf s'ils ont pu établir un bon lien de confiance. De surcroît, les personnes avec un problème d'addiction, peuvent craindre de subir des sanctions si leur problème est connu des autorités. Pour cela, ils risquent d'omettre de répondre aux questions qui permettent de dépister un trouble psychiatrique ou d'addiction. Ceci peut être aggravé par certaines informations trouvées via les sites web offerts par les CFA (migesplus.ch). Par exemple, la brochure « Protégez votre santé ! » est rédigée dans un langage accessible et disponible en plusieurs langues. Cette brochure précise, à la page 4, que « la consommation de cannabis, cocaïne, héroïne, khat, amphétamines, etc... est illégale. Les personnes qui vendent, *consomment ou possèdent* ces drogues sont punissables selon la Loi. Dans certains cas, cela peut avoir des conséquences sur l'obtention d'une autorisation de séjour ». Tout ce qui est précisé est juste et certainement nécessaire, mais ce type d'informations accessibles sans qu'une infirmière puisse les nuancer, peuvent exercer un grand effet dissuasif pour en parler.

La relation de confiance avec un soignant, qui explique qu'il est tenu au secret médical et qu'il ne transmettra aucune information à des tiers sans le consentement du patient, nous semble essentielle afin de réaliser un bon dépistage. Ceci peut rentrer en collusion avec le besoin d'informer le SEM de la présence de troubles psychiques pour mener la procédure d'asile. Il s'agit d'une question stratégique cruciale. Nous pensons qu'il est important de mettre en avant le droit à la confidentialité des personnes, sans que cela ait un impact délétère sur les procédures administratives. Le lien de confiance permettrait de dépister davantage et mieux, de clarifier ensuite les craintes du requérant d'asile pour informer ou non les autorités chargées de mener la procédure d'asile.

Le rapport de confiance se construit aussi grâce à une bonne communication. Pour cela les informations données via un logiciel, même avec la présence d'un professionnel de santé, sont clairement insuffisantes tant qu'il n'y a pas la possibilité de bénéficier du soutien d'un interprète communautaire (par vidéoconférence au moins), qui va permettre un échange plus spontané et qui pourra aider à réduire les éventuels malentendus culturels.

Concernant d'autres expériences sur les évaluations sanitaires, il existe des modèles d'évaluation pratiqués par des infirmiers généralistes dans le canton de Vaud. L'équipe du Secteur de Soins aux Migrants (SSM d'Unisanté – Centre Universitaire de Médecine Générale

et Santé Publique) en est un exemple. Il y a deux types d'évaluations de santé possibles. Une en cas d'arrivées massives qui consiste à faire un triage des cas les plus graves, pour les évaluer prioritairement. Un autre type d'évaluation peut être fait dans des conditions d'arrivées « normales », ce qui prend en moyenne 1h30 sur une ou deux séances, selon les problèmes de santé rencontrés.

→ *L'orientation des patients vers des soins psychiatriques spécialisés est laborieuse et la procédure n'est pas uniformément appliquée sur tous les CFA (Cf. Recommandations 2.1.1.2)*

La procédure décrite dans le document « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA » pour orienter vers des soins psychiatriques spécialisés est longue et peut provoquer des retards très importants dans la confirmation du diagnostic et la mise en place d'un traitement adéquat, ce qui peut augmenter le risque suicidaire ou d'automutilations. Sur cette procédure (p.6), il est précisé que le modèle d'assurance en vigueur ne permet pas de consulter directement un psychiatre. Lorsque l'infirmier de MedicHelp détecte un problème psychiatrique, il doit orienter le patient vers un médecin traitant partenaire (sauf en cas d'urgence), qui précise le diagnostic et par la suite, s'il l'estime nécessaire, rédige une « lettre d'introduction » à l'intention du psychiatre. Ensuite, l'infirmier peut orienter le patient vers un service psychiatrique. Souvent les institutions psychiatriques ont des délais pour donner des rendez-vous, qui peuvent aller de 3 semaines à plusieurs mois. Compte tenu des changements possibles de CFA durant la procédure d'asile et que la durée maximale de séjour dans un CFA est de 140 jours, un patient peut rester sans évaluation et traitement adéquat.

Toutefois, nous avons constaté que cette procédure n'est pas appliquée sur tous les centres et que certains ont facilité l'accès aux soins de manière très efficace, comme c'est le cas de Giffers qui a établi une convention avec des médecins généralistes et un psychiatre, qui viennent consulter directement sur le centre, au moins une fois par semaine. Ils ont également une convention avec le service des addictions qui facilite les évaluations et prescriptions médicamenteuses de manière rapide. Nous estimons que ce type d'organisation devrait être le modèle à suivre et à implémenter de manière générale dans tous les centres. Nous allons développer ce point dans la partie : « Axe coordination avec partenaires externes ».

→ *La communication directe entre CARITAS et le service sanitaire devrait être facilitée (Cf. Recommandations 2.1.1.3)*

Selon des informations apportées par le service de représentation juridique de CARITAS, bien que la procédure « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA » précise que ceux-ci peuvent contacter MedicHelp directement pour leur signaler des troubles de santé, il semblerait qu'il y ait une procédure spécifique pour les CFA Romands qui ne l'autorise pas, sauf pour des situations dites exceptionnelles (potentielles victimes de traite des êtres humains, détenus, hospitalisations). Le service de CARITAS doit alors contacter la Section Partenaires et Administration, qui décidera de la suite à donner au signalement. Nous pensons que CARITAS devrait pouvoir informer directement les services sanitaires de son centre afin de pouvoir signaler des situations à risque. Les juristes de CARITAS sont confrontés souvent à des personnes avec des troubles psychiques sévères et peuvent plus facilement les dépister. Nous

sommes conscients que faciliter le contact avec MedicHelp peut initialement générer une surcharge aux équipes de soins, mais - au-delà de l'amélioration du dépistage des troubles psychiques -, il est aussi possible qu'une meilleure communication entre services favorise aussi une réduction du nombre d'incidents critiques, qui génèrent également une charge de travail considérable.

### Procédure de gestion de la violence

Nous avons analysé en détail les documents suivants : « Plan de prévention de la violence dans les centres fédéraux pour requérants d'asile », « Pistes pour la prévention et la diminution de la violence dans les CFA », « Workshop prévention de la violence – 2021 », « Guide – Coopération entre les structures régionales – Section Sécurité et immobilier », ainsi que les documents complémentaires « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA », « Gestion de produits thérapeutiques dans les CFA », « Plan d'Exploitation Hébergement (PLEX) », le « Manuel relatif à l'encadrement des RMNA dans les CFA » et les autres annexes et compléments relatifs aux RMNA.

Les documents référents pour la gestion de la violence nous semblent très complets et précis, avec des recommandations qui prennent en considération aussi les aspects culturels et en lien avec la souffrance psychique que les requérants d'asile endurent, en lien avec leur exil et la procédure administrative. Ceci permet de mieux comprendre et contextualiser certains comportements inadéquats, sans avoir besoin de répondre par la répression, et ainsi pratiquer une désescalade efficace des tensions interpersonnelles.

Nous n'avons pas de recommandations spécifiques, si ce n'est de poursuivre l'application de ces procédures et les efforts réalisés pour former le personnel de sécurité, ainsi que les autres professionnels des CFA.

### Procédure de gestion du risque suicidaire

Il n'existe pas actuellement une telle procédure. Ce rapport devra être utilisé comme base pour rédiger la future procédure pour la gestion du risque suicidaire, et/ou pour compléter les documents « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA » et le « Plan de prévention de la violence dans les centres fédéraux pour requérants d'asile ».

#### 2.2.        Monitoring

Selon les recommandations de l'OMS et de l'OFSP il est nécessaire d'assurer la surveillance et le suivi des suicides et des tentatives de suicide, afin que les stratégies de prévention soient efficaces (WHO, 2016). L'analyse effectuée aux CFA montre que le monitoring doit être amélioré. Chaque CFA tient à jour un registre des incidents qui permet, entre autres, de répertorier les événements critiques en lien avec des gestes suicidaires, des automutilations et autres incidents dommageables, mais nous avons constaté plusieurs écueils à surmonter.

→ *Besoin de consensus et de définitions partagées entre les différents CFA et les équipes professionnelles concernant l'ensemble des événements exprimant un risque suicidaire (Cf. Recommandations 2.2.1)*

Nous constatons qu'il y a une marge d'interprétation trop importante et que cela peut fausser l'identification et la description des incidents sur ce qui doit être considéré comme relevant d'un risque suicidaire (Cf. *Annexes 9*). Il faut distinguer un suicide vs un accident, un geste suicidaire, une automutilation ou des idées suicidaires vs du chantage et des « menaces ».

Par exemple, dans certaines situations nous avons pu constater que l'événement critique était souvent considéré comme une « menace suicidaire », en lien avec du chantage pour obtenir un médicament, ou pour protester contre une mesure proposée par le personnel des CFA, et donc prise en considération comme une incivilité et non pas comme une manifestation de détresse psychique. Si l'expression de la suicidalité peut viser, de manière consciente ou inconsciente, à exercer une pression sur l'autre partie, elle ne peut pas être réduite à des simples actes d'incivilité, puisque cette « fonction relationnelle » n'est absolument pas en lien avec un risque plus faible de passage à l'acte. L'expérience accumulée sur le canton de Vaud, nous montre qu'il n'est pas rare, qu'à la suite de ce type de comportements il puisse y avoir une montée en escalade d'autres événements critiques, comme des actes violents, davantage de consommation de toxiques, des automutilations à répétition, ou d'autres actes qui vont occasionner de graves perturbations.

→ *Besoin de saisir tous les épisodes de gestes auto-dommageables et suicides accomplis (Cf. Recommandations 2.2.2)*

Selon les recommandations de l'Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (Groupe Romand Prévention Suicide, 2019), il est nécessaire de saisir :

- Tout geste ou lésion auto-dommageable, et ce même lorsque l'intention suicidaire n'est pas confirmée. Le monitoring inclut aussi bien les « tentatives de suicide » que d'autres actes allant à l'encontre de soi-même avec des intentions diverses, en particulier les lésions auto-infligées non suicidaires. L'intentionnalité suicidaire du geste est documentée par un item *ad hoc* (intention « claire », « pas claire » ou « absente »).
- Toute situation interrompue et/ou sans suicide avéré est intégrée au monitoring. A des fins de documentation, un item « degré de réalisation de la tentative de suicide ».
- Les suicides avérés, ou toute mort violente qui puisse faire penser à un suicide, même si l'intentionnalité n'a pas pu être prouvée.

La grille d'incident est à revoir. Elle pourrait par exemple comporter une colonne « suicidalité » avec différents items (non exhaustifs) :

- Idées suicidaires
- Automutilation (tout geste ou lésion auto-dommageable)
- Automutilations répétées
- Tentative de suicide (pendaison, défenestration, prise de médicaments, automutilations graves, etc.)
- Suicide



→ *Besoin de renforcer la « culture de l'erreur utile » lors de réunions d'analyse des événements critiques (Cf. recommandations 2.2.3)*

Ce concept est largement décrit dans la littérature scientifique médicale depuis 1999, suite au rapport de l'*Institute of Medicine* « To err si human » pour améliorer l'analyse des erreurs commises et la gestion de celles-ci à l'avenir (Ksouri, 2010 ; Reason, 2000). Les conclusions apportées par Ksouri peuvent s'appliquer aux CFA.

La sécurité des requérants d'asile est un enjeu économique et politique, avec un fort impact médiatique. La notion de sécurité implique une volonté et une mise en route de mesures visant à réduire ou éliminer les erreurs pouvant conduire à des événements indésirables évitables. Les réunions d'analyse des événements critiques sont essentielles. Elles représentent d'une part un moyen reconnu d'évaluation des pratiques professionnelles et, d'autre part, un outil pédagogique pour le staff. L'implication et l'engagement du responsable d'équipe sont essentiels pour faire partager l'objectif, susciter la motivation et l'adhésion des professionnels à ce concept de culture de « l'erreur utile ». À ces réunions d'analyse des événements critiques, tous les différents corps de métier devraient y assister, via des référents, dans un esprit de collégialité et d'engagement pour une cause commune. En effet, nous pensons que chaque corps de métier, même avec des points de vue différents, peut apporter un regard et une analyse utiles aux autres.

Lors des différents échanges avec le personnel, tous corps de métiers confondus, nous avons constaté une volonté commune de réduire le risque suicidaire. Toutefois, nous avons des indices convergents pour penser que des enjeux humains et des dynamiques de groupes peuvent entraver cette bonne volonté. La question du risque suicidaire est un sujet délicat, qui inquiète de manière large l'ensemble des professionnels, mais avec des perceptions divergentes et un risque de polarisation entre les différents corps de métiers. Pour certains, il s'agit d'un problème à éviter au maximum, au risque d'être considéré comme responsable d'une mauvaise gestion du risque (personnel de sécurité et d'encadrement de terrain ORS, notamment) ; à l'opposé, pour le personnel de CARITAS, cette problématique reflète la souffrance des requérants d'asile confrontés à une procédure administrative éprouvante émotionnellement et à un parcours de vie adverse. Le personnel sanitaire se retrouve souvent entre-deux. Cette perception polarisante risque de biaiser l'identification du risque suicidaire, avec une tendance à le minimiser.

Nous pensons que la crainte d'être identifié comme « fautif » peut amener à sur-interpréter l'expression d'idées suicidaires avec intention de passage à l'acte comme une forme de pression ou de chantage, et donc à moins répertorier le nombre d'incidents en lien avec un risque suicidaire (expression d'idées suicidaires ou automutilations). Nous observons, comme dans tous les contextes où les professionnels font face à un risque suicidaire, des mouvements d'omission, de présomption ou de distorsion de la pensée lorsqu'ils doivent évaluer une situation critique sans méthodologie précise.

Il est probable qu'en améliorant le monitoring tel que nous le proposons, on constate dans un premier temps une augmentation du nombre de cas répertoriés. Ceci devra donc être clairement contextualisé dans les rapports, afin que les pouvoirs politiques et l'opinion publique ne mésinterprètent pas les résultats. Nous sommes convaincus que par la suite, ce type de monitoring sera nettement plus fiable et apte à devenir un outil d'évaluation du risque suicidaire dans les différents CFA et permettra une meilleure analyse épidémiologique sur les

causes et les contextes dans lesquels les incidents augmentent ou diminuent, permettant de mieux instaurer de « Best practices » sur le sujet.

### 2.3. Équipes sanitaires des CFA – MedicHelp (Cf. Recommandations 2.3)

L'analyse effectuée concernant les équipes sanitaires ORS (MedicHelp), montre une fragilité structurelle très importante et une charge de travail conséquente. Les départs récurrents et arrêts maladies concernant les trois CFA sont connus depuis longtemps. Lors de la visite des centres, nous avons observé une importante fatigue physique et psychique décrites par les professionnels de soins. Certaines équipes bénéficient du fait d'avoir un responsable depuis plus longtemps, d'avoir une bonne dynamique de collaboration avec les autres corps de métiers dans les CFA ou du soutien d'un réseau sanitaire sur la région, ce qui facilite grandement les prises en charge. Les équipes sont mixtes, composées de soignants et de personnel administratif, ce qui peut rajouter un niveau de complexité dans la gestion des actes infirmiers, l'interface entre requérants, institutions de soins et dépistage des troubles psychiques. Concernant ce point, nous avons recolté de nombreuses propositions pour renforcer les équipes avec des professionnels de la santé mentale (psychologues ou psychiatres), afin de mieux répondre aux besoins des requérants, mais aussi de mieux encadrer et soutenir les équipes de terrain.

Par ailleurs, la littérature scientifique consultée, ainsi que notre expérience dans le domaine nous montrent très clairement que les équipes sanitaires travaillant avec ce type de population sont particulièrement exposées à des risques psychosociaux (fatigue de compassion et/ou burnout). Ces faits provoquent une perte régulière de cohésion dans les équipes, des départs avec une perte de capital d'expérience et une difficulté pour stabiliser des modèles de pratique et les pérenniser. Nous avons constaté que le personnel sanitaire – soignant ou pas - est très engagé afin d'améliorer les conditions sanitaires des requérants d'asile.

→ *Besoin de renforcer le staff sanitaire et de rattacher MedicHelp à une institution sanitaire de la région*

En nous appuyant sur notre expérience sur le canton de Vaud, notamment dans l'encadrement des équipes infirmières généralistes sur le terrain, nous pensons que le rattachement de l'équipe de soins à une institution sanitaire favoriserait les éléments suivants :

- Assurer l'encadrement par des cadres du même corps professionnel permet de mieux assurer l'application de bonnes pratiques et les faire évoluer selon les besoins.
- Assurer la formation des professionnels par un plan de formations continues.
- Assurer plus facilement la relève et la mobilité des professionnels qui interviennent au CFA.
- Renforcer l'appartenance professionnelle par le rattachement à une institution soignante, ce qui pourrait aussi contribuer à réduire les risques psychosociaux.

### 2.4. Équipes encadrement ORS– personnel de terrain / *Floor workers* (Cf. Recommandations 2.4)

L'avis est quasi unanime dans les CFA sur les avantages du recrutement de personnel de terrain de type éducateur. Le personnel de sécurité est le seul qui expose une nuance sur ce sujet. Ils ne s'opposent pas à l'intégration de ce type de professionnels, mais expriment une crainte à

remplacer le personnel Protectas par des éducateurs, ce qui risquerait, à leur avis, une mise en danger de la sécurité dans les centres. Ils sont de l'avis que bien que la prévention soit le principal outil de sécurité, il ne faut pas pour autant négliger le besoin en personnel formé pour maîtriser une situation de violence ou de menace imminente.

Nous laissons le soin au SEM de considérer ces diverses appréciations, mais dans tous les cas nous estimons que l'intervention de personnel éducatif sur le terrain peut être d'une grande aide, afin d'établir un meilleur rapport de confiance avec les requérants d'asile, mieux repérer les signes de détresse et intervenir plus précocement, dans la mesure du possible.

## 2.5. Espaces de coordination et d'échange interprofessionnel (Cf. Recommandations 2.5)

Les sources consultées sont unanimes sur le besoin d'avoir des espaces de coordination et d'échange interprofessionnel : la littérature scientifique, l'expérience cumulée dans le travail avec des équipes interdisciplinaires et l'avis de la majorité des professionnels dans les CFA.

Notre analyse sur le terrain montre certaines divergences d'avis concernant cette pratique. Nous constatons que l'équipe de CARITAS et des aumôniers ne sont pas systématiquement inclus dans ces espaces, sous prétexte que leur fonction ne concerne pas la gestion des CFA, mais davantage de représenter les intérêts des requérants d'asile ou d'apporter un soutien spirituel. Il nous semble que ces deux corps de métiers jouent un rôle clé dans la détection de la détresse psychologique et peuvent contribuer à améliorer la prévention, en partageant avec les autres équipes des informations utiles sur des requérants en détresse, mais aussi en recevant des informations des autres corps de métiers.

Une mention particulière concerne aussi les personnes de confiance qui représentent les mineurs non accompagnés. Il nous a été signalé qu'elles ne peuvent exercer pleinement leur mandat de représentation légale, n'étant pas informées par les professionnels du CFA des événements qui concernent les mineurs et ne pouvant se rendre sur leur lieu de vie. Une information partagée sur ce mandat et ses obligations nous semble indispensable à la bonne coordination autour de ces mineurs et à la prévention des risques.

Un aumônier a partagé avec nous le fait qu'il ne savait pas très bien comment conseiller un jeune homme concernant l'arrêt de la consommation d'un stupéfiant. Il lui a proposé de consulter le personnel sanitaire, ce qui est juste, mais il a proposé aussi d'arrêter le produit, ce qui en certains cas, peut être contreproductif, car la personne peut développer un syndrome de sevrage, non sans conséquences dommageables. La « culture de l'erreur utile » nous semble prendre tout son sens dans ce contexte en permettant d'améliorer les rapports de confiance et de collaboration entre les différents corps de métier.

### 3. AXE COORDINATION AVEC PARTENAIRES EXTERNES

Cet axe regroupe les aspects liés à la collaboration entre les CFA et les partenaires sanitaires externes.

#### 3.1. Coordination des CFA avec les institutions psychiatriques et services spécialisés de la région dans la prise en charge des addictions (Cf. Recommandations 3.1)

L'analyse des différentes fiches d'incidents critiques, ainsi que l'observation sur le terrain et les différents entretiens menés, confirment l'interdépendance entre les CFA et les institutions sanitaires de la région, tantôt pour la gestion des urgences, mais aussi pour la prévention, le dépistage précoce et les prises en charge sanitaires de routine. La complexité des prises en charge dans les CFA ne peut être correctement gérée qu'avec des partenariats solides.

Des conventions de collaboration avec des institutions psychiatriques de la région ont été développées par certains centres. Elles doivent se généraliser et être pérennisées. Nous recommandons vivement le modèle du CFA de Giffers qui consiste en des visites hebdomadaires d'un psychiatre, en plus des visites des médecins généralistes. Sur ce même centre, une convention a été également signée avec le service spécialisé dans la prise en charge des Addictions. Nous avons constaté que ceci facilite la prescription des traitements et peut contribuer à réduire les tensions au sein des CFA et l'exposition des professionnels à des actes de violence liés au sevrage. Nous pensons également que ceci pourrait réduire les gestes auto-dommageables, qui sont souvent associés à des demandes médicamenteuses chez les requérants d'asile présentant une dépendance. A titre d'exemple, les statistiques rétrospectives sont très favorables au site de Giffers qui comptabilise trois événements critiques sur 9 mois.

#### 3.2. Coordination des CFA avec les services sanitaires des autres CFA ou des cantons, lors des transferts de requérants d'asile (Cf. Recommandations 3.2)

Les requérants d'asile peuvent être amenés à changer de CFA durant leur procédure d'asile. Ils peuvent être transférés dans un autre CFA (de Boudry à Giffers ou Vallorbe), ou vers un centre d'accueil cantonal.

Actuellement, il existe des procédures de communication entre les différents services MedicHelp des CFA et entre les CFA et les centres d'accueil cantonaux. Toutefois, nous pensons qu'elles peuvent être améliorées. Lorsqu'un requérant d'asile bénéficie d'un suivi psychiatrique ou pour des problèmes d'addictions dans une région, il est essentiel que le suivi se poursuive sans délai d'attente. Pour cela, il faut favoriser systématiquement une communication entre différents services psychiatriques et spécialisés dans la prise en charge des addictions. Si le nouveau service ne peut pas prendre rapidement en charge le patient, il faut envisager la possibilité de faciliter le maintien du suivi avec le service précédent (faciliter le transport ou les entretiens par vidéoconférence), en attendant le rendez-vous avec le nouveau.

# RECOMMANDATIONS

---

Les recommandations sont structurées en suivant les trois axes généraux proposés dans la discussion et en représentent une première synthèse :

- *Axe compétences*
- *Axe structurel et opérationnel*
- *Axe coordination avec les partenaires externes*

Les recommandations sont aussi catégorisées selon leur degré de priorité et dans la mesure du possible, selon leur faisabilité, leur validité empirique et leur coût. L'ensemble de ces recommandations et du rapport sont une base pour la rédaction d'une future procédure interne aux CFA de prévention et de gestion du risque suicidaire.

## 1. AXE COMPÉTENCES

Regroupe les compétences requises par les collaborateurs pour la prévention du risque suicidaire dans les CFA.

### 1.1. SUPERVISIONS CLINIQUES DES ÉQUIPES

Les supervisions sont la base sur laquelle les professionnels vont pouvoir développer et intégrer les compétences acquises lors des formations, ou au travers de l'analyse partagée de leur pratique quotidienne. Nous préconisons des supervisions de groupe régulières une fois par mois, 1h30, pour tous les corps de métiers, mais prioritairement pour le personnel sanitaire MedicHelp, l'encadrement ORS, les socioéducateurs qui prennent en charge les MNA et les enseignants.

Les supervisions ont deux objectifs majeurs : assurer la bonne qualité des prises en charge tout en précisant les rôles et les attitudes à développer, ainsi qu'aider les professionnels à donner un sens à leur travail et aider à prévenir les risques psychosociaux de *burnout* ou de *fatigue de compassion*.

### 1.2. FORMATIONS

Un plan stratégique de formation continue est indispensable, incluant tous les nouveaux professionnels qui intègrent les CFA, tout corps de métier confondu, et une réactualisation ou approfondissement à échéance de tous les deux ans. Chaque professionnel autour des requérants d'asile est un acteur important de sa santé mentale. Il est indiqué de faire un travail sur la posture de chacun. Nous proposons les formations suivantes par ordre de priorité.

#### 1.2.1. Formation pour la prévention du risque suicidaire

Formation de type FFRS (*Faire Face au Risque Suicidaire*<sup>3</sup>) conçue pour s'adresser à tout corps de métier. Prérequis indispensable pour l'évaluation du risque suicidaire et sa prise en charge. Le suicide et les conduites suicidaires sont une problématique

---

<sup>3</sup> Brochure de la formation de 2 jours Faire Face au Risque Suicidaire : [https://www.formation-continue-unil-epfl.ch/wp-content/uploads/2021/10/0\\_DEP\\_12\\_222\\_027\\_faire\\_face\\_risque\\_suicidaire.pdf](https://www.formation-continue-unil-epfl.ch/wp-content/uploads/2021/10/0_DEP_12_222_027_faire_face_risque_suicidaire.pdf)

complexe aux significations diverses, mais qui expriment toujours une souffrance. Ils suscitent souvent des questions et appréhensions chez les professionnels qui y sont confrontés : faut-il en parler ou se taire ? Que dire ? Que faire ? Quelle aide puis-je apporter ? Quelles sont mes limites ?

#### 1.2.2. Formations en santé mentale

Sensibilisation aux troubles psychiatriques et aux manifestations de la souffrance psychique. Prérequis lors de l'intégration de nouveaux collaborateurs. Détection précoce des troubles psychiatriques, gestion et orientation. Nous proposons un focus sur la gestion des problématiques liées aux addictions (comment intervenir face à une personne sous l'effet de substances ou en situation de sevrage) et la gestion du stress et des stratégies relationnelles (par exemple, la méthode PM + *Problem Management Plus*<sup>4</sup> qui est soutenue par l'OMS).

#### 1.2.3. Formation à la gestion de la violence

Formations existantes et adéquates, à maintenir et à réactualiser auprès des collaborateurs.

#### 1.2.4. Formation à l'annonce de mauvaises nouvelles

Une « mauvaise nouvelle » modifie profondément et de façon péjorative l'avenir d'un individu. En ce sens, l'annonce d'un rejet de la demande d'asile ou d'une non entrée en matière constitue une confrontation inévitable entre le professionnel et un requérant. Savoir annoncer une mauvaise nouvelle est essentiel à la gestion du stress et à l'anticipation de conduites à risques.

#### 1.2.5. Formation aux approches transculturelles

De façon transverse, considérer que chaque formation que nous venons de mentionner, nécessite un éclairage transculturel. En effet, tant la santé mentale que la violence ou les enjeux liés au risque suicidaire, vont être grandement conditionnés par les aspects culturels et linguistiques. Une formation sur le risque suicidaire qui ne prend pas en considération les aspects culturels, risque d'être insatisfaisante. Par exemple, nous proposons que les formateurs pour la formation sur la prévention du risque suicidaire soient accompagnés d'un expert des enjeux transculturels.

#### 1.2.6. Sensibilisation sur les risques psychosociaux liés au travail

Concernant par exemple le *burnout* et la *fatigue de compassion*.

---

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2018). Gestion des problèmes Plus (PM+): soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité, version générique expérimentale 1.1 de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275831>. License : CC BY-NC-SA 3.0 IGO

## 2. AXE STRUCTUREL ET OPÉRATIONNEL

Regroupe les aspects liés à l'organisation interne des CFA et les recommandations qui peuvent participer d'une amélioration de la prévention du risque suicidaire. Nous les avons organisés comme suit :

- Procédures
- Monitoring
- Équipes sanitaires des CFA – MedicHelp
- Équipes encadrement ORS
- Espaces de coordination et d'échange interprofessionnel

### 2.1. PROCÉDURES

Trois types de procédures vont être abordés :

- La gestion sanitaire
- La gestion de la violence
- La gestion du risque suicidaire

#### 2.1.1. Procédure de gestion sanitaire

Les procédures - notamment « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA » - comportent des lacunes importantes qui doivent être corrigées et adaptées, afin de rendre plus simple l'accès aux soins psychiatriques de qualité, tout en prenant en considération la grande complexité des prises en charge dans les CFA. Nous sommes conscients que le contexte, dans lequel les évaluations sanitaires se font, est peu adapté, notamment en raison de la difficulté à mobiliser des interprètes communautaires, toutefois, nous estimons qu'il existe des marges d'amélioration.

##### 2.1.1.1. Procédures de dépistage des troubles psychiques et des addictions avec des évaluations cliniques systématiques

Le dépistage des troubles psychiques, ainsi que des addictions doit être revu en entier, car il y a de nombreux écueils potentiels. Les questions posées dans « l'Information Médicale à l'Arrivée » (IMA) et la « Première Consultation Médicale » (PCM) sont insuffisantes pour correctement dépister les troubles mentaux et addictions. Cette évaluation doit être complétée par d'autres méthodes de dépistage et d'évaluation à travers des entretiens cliniques réalisés par des infirmiers, et programmés avec la présence d'un interprète communautaire en présentiel ou par vidéoconférence, à l'arrivée au CFA de Boudry, mais aussi lors des transferts en interne au CFA de Giffers et Vallorbe. De manière générale il est important d'allouer plus de temps pour réaliser ces évaluations.

##### 2.1.1.2. Procédures d'accès aux soins psychiatriques spécialisés

La procédure décrite dans le document « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA » pour orienter vers des soins psychiatriques spécialisés est longue et peut provoquer des retards très importants dans la confirmation du diagnostic et la mise en place d'un

traitement adéquat, ce qui peut augmenter le risque suicidaire ou d'automutilations. À titre d'exemple positif, le CFA de Giffers a établi une convention avec des médecins généralistes et un psychiatre pour des consultations directement au centre, au moins une fois par semaine. Une convention a également été réalisée avec le service des addictions « Drop-In » (Centre d'Information, de prévention et de traitement des addictions) ce qui facilite les évaluations et prescriptions des traitements de manière rapide. Nous estimons que ce type d'organisations devrait être le modèle à suivre et à implémenter de manière générale dans tous les centres. Si cela n'est pas possible ou nécessite du temps, nous proposons de permettre aux infirmiers de MedicHelp d'orienter directement les requérants d'asile vers un service psychiatrique ambulatoire, sans passer par un médecin généraliste, dans les cas où cela est clairement nécessaire : PTSD, Psychose, trouble anxieux ou dépression sévère. Cette méthode est utilisée depuis des années par l'équipe des Soins aux Migrants sur le Canton de Vaud, avec une nette amélioration de la rapidité et l'accessibilité vers les soins psychiatriques.

#### 2.1.1.3. Communication directe entre les différentes équipes médicales des CFA et entre CARITAS et le service sanitaire

Les juristes de CARITAS devraient pouvoir informer directement les services sanitaires de leur CFA des situations à risque dont ils ont connaissance. Les juristes de CARITAS sont dépositaires de l'histoire du requérant et en tant que représentants juridiques, ils annoncent les décisions relatives à leur demande d'asile. Ils peuvent en ce sens, annoncer des mauvaises nouvelles. Ils sont un relais privilégié dans la prévention du risque suicidaire.

#### 2.1.1.4. Communication directe entre les personnes de confiance représentant les MNA et l'encadrement ORS et sanitaire

Il nous semble important de clarifier le mandat légal des « personnes de confiance » et d'ajuster les pratiques en conformité au mandat de représentation.

#### 2.1.2. Poursuite des procédures existantes de gestion de la violence

Les documents référents pour la gestion de la violence internes aux CFA sont complets. Nous proposons la poursuite de l'application de ces procédures et du plan de formation du personnel de sécurité, ainsi que des autres professionnels des CFA.

#### 2.1.3. Développer une procédure pour la gestion du risque suicidaire

Une procédure pour la gestion du risque suicidaire doit être intégrée au concept de prise en charge sanitaire dans les CFA. Nous proposons un plan d'action à la fin de ce document.

## 2.2. MONITORAGE

L'analyse effectuée aux CFA montre que le monitoring doit être amélioré. Chaque CFA tient à jour un registre des incidents qui permet de répertorier les événements critiques. Nous proposons quelques recommandations, pour l'améliorer :



### 2.2.1. Produire une nomenclature partagée de nominations et de définitions des gestes suicidaires et auto-dommageables

Nous constatons qu'il y a une marge d'interprétation trop importante et que cela peut fausser l'identification, la description et l'intervention lors d'incidents. En nous basant sur la littérature scientifique, nous proposons quelques définitions pouvant servir comme point de repère pour rédiger les définitions qui seront utilisées dans les CFA afin de les uniformiser : suicidalité, suicide, gestes auto-dommageables, tentative de suicide et propos suicidaires. (Cf. *Annexes 9*).

### 2.2.2. Saisir systématiquement tous les gestes auto-dommageables indépendamment de leur intention suicidaire

Uniquement une saisie systématique de tous les gestes auto-dommageables (légers ou sévères), indépendamment de leur intention perçue, permettront un bon monitoring du risque suicidaire dans les CFA.

### 2.2.3. Renforcer la « culture de l'erreur utile »

Assurer un management qui veille à la « Culture de l'erreur utile », porté par les cadres, et qui autorise une analyse des incidents critiques avec les différents corps de métiers travaillant au sein du CFA, dans un esprit de collégialité et d'amélioration des pratiques.

## 2.3. ÉQUIPES SANITAIRES DES CFA – MedicHelp

L'analyse effectuée concernant les équipes sanitaires ORS (MedicHelp), montre une fragilité structurelle très importante.

### 2.3.1. Renforcement du staff sanitaire

Nous préconisons davantage de personnel soignant diplômé et davantage de conventions avec les institutions sanitaires de la région (soins somatiques, psychiatriques, et services spécialisés dans les prises en charge des problématiques d'addictions), avec l'organisation de consultations hebdomadaires dans les CFA.

### 2.3.2. Rattachement de l'équipe de soins du CFA à une institution sanitaire de la région

Cette recommandation est difficilement applicable dans l'immédiat, mais nous pensons qu'il serait intéressant d'évaluer sa pertinence et son éventuelle faisabilité ultérieure en termes de collaboration de la Confédération avec les cantons et d'autres institutions, mais aussi en termes de financement.

## 2.4. ÉQUIPES ENCADREMENT ORS

### 2.4.1. Favoriser et développer davantage les interventions du personnel éducatif de terrain (Floor workers)

Travailler le lien de confiance avec les requérants d'asile, afin de détecter plus précocement des troubles psychiques, désamorcer en amont des tensions relationnelles et favoriser une meilleure cohésion entre les requérants d'asile et les professionnels des CFA.

#### 2.4.2. Poursuivre et développer davantage la collaboration avec les aumôniers des CFA.

Compte tenu de l'importance de la religion et de la spiritualité pour beaucoup de requérants, il serait souhaitable de développer la collaboration avec les aumôniers et d'en mobiliser de différentes confessions, cultures et langues. La proximité culturelle pourrait aider à désamorcer des tensions relationnelles en amont.

### 2.5. ESPACES DE COORDINATION ET D'ÉCHANGE INTERPROFESSIONNEL

Les sources consultées sont unanimes sur le besoin d'avoir des espaces de coordination et d'échange interprofessionnel et en même temps, nous constatons que dans certaines situations de surcharge de travail ou face à des situations difficiles, peuvent émerger des tensions, notamment entre les équipes CARITAS et MedicHelp.

#### 2.5.1. Améliorer les rapports de confiance et de collaboration entre les différents corps de métier

Des espaces de coordination interprofessionnelle, ainsi que des supervisions régulières des différentes équipes pourraient aider à améliorer les rapports de confiance et de collaboration.

## 3. AXE COORDINATION AVEC PARTENAIRES EXTERNES

Regroupe les aspects liés à la collaboration des CFA avec les partenaires sanitaires externes, et les recommandations qui peuvent participer à l'amélioration de la prévention du risque suicidaire.

### 3.1. ÉTABLIR DES CONVENTIONS AVEC DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÉMATIQUES D'ADDICTIONS

Elles doivent être généralisées et pérennisées en suivant le modèle du CFA de Giffers.

### 3.2. ASSURER UNE COMMUNICATION OPTIMALE ENTRE LES SERVICES SANITAIRES DES DIFFÉRENTS CFA, MAIS AUSSI AVEC LES CANTONS

Lors des transferts de requérants d'asile entre les CFA ou vers un canton, il est essentiel que le suivi se poursuive sans délai d'attente. Nous estimons nécessaire de garantir la meilleure continuité possible des suivis psychiatriques et des addictions, afin de réduire au maximum les risques de rupture de traitement, avec les conséquences d'augmentation du risque suicidaire ou de gestes auto-agressifs.

Concernant les transferts entre les CFA, nous proposons de réévaluer systématiquement tous les requérants d'asile dès leur arrivé au nouveau CFA. Ceci permettrait de dépister des éventuels problèmes psychiques non détectés auparavant, ou de faciliter rapidement la reprise du suivi sanitaire nécessaire.

# PLAN D'ACTION

---

## Plan d'action pour l'implémentation d'un concept de prévention des conduites suicidaires

### 1. PRÉVENTION

#### RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES

1. Offrir des supervisions cliniques régulières pour l'ensemble des professionnels, afin d'améliorer les pratiques et réduire les risques psychosociaux.
2. Développer un plan de formation pour l'ensemble des professionnels : Prévention du risque suicidaire, Gestion de la violence, Annonce de mauvaises nouvelles, Connaissance et gestion des addictions.
3. Renforcer l'équipe sanitaire MedicHelp avec du personnel soignant (par ex. : infirmier et psychologue)
4. Développer davantage de conventions de collaboration avec les services sanitaires d'urgence et les institutions psychiatriques de la région.
5. Améliorer les procédures pour le dépistage des troubles psychiques. P.ex. :
  - Implémenter des méthodes de dépistage des troubles psychiques standardisées avec une validité culturelle et linguistique.
  - Systématiser les évaluations cliniques infirmières, pour tous les nouveaux arrivés. Tantôt pour les arrivées au CFA de Boudry, comme lors des transferts aux CFA de Giffers et Vallorbe. Cette deuxième évaluation permet de mieux identifier des situations qui ont pu échapper lors du passage à Boudry.
6. Favoriser des activités socialisantes et occupationnelles aux CFA, comme ce qui est proposé au CFA de Giffers.
7. Favoriser et développer davantage les interventions du personnel éducatif de terrain (Floor workers), afin de travailler le lien de confiance avec les requérants d'asile.
8. Favoriser la coordination et le partage d'informations entre les différents services travaillant aux CFA.
9. Mettre à disposition des requérants, des informations sur la prévention du risque suicidaire et des affiches pour informer vers qui s'orienter en cas de besoin.
10. Établir une définition précise des différents types d'incidents en lien avec le risque suicidaire, afin d'avoir un système de monitoring commun entre les différents CFA, et s'assurer que tous les professionnels partagent les mêmes définitions. Définir : suicidalité, suicide, geste auto-dommageable, tentative de suicide, propos suicidaires.

#### RECOMMANDATIONS SOUHAITABLES

1. Besoin de renforcer la « culture de l'erreur utile », afin de bien monitorer tous les incidents en lien avec la prévention du risque suicidaire.
2. Rattachement de l'équipe de soins MedicHelp à une institution sanitaire de la région, afin de renforcer l'encadrement sanitaire et la formation continue des professionnels.

3. Offrir des formations pour le dépistage et l'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques, les approches transculturelles et sensibilisation sur les risques de fatigue de compassion.

## 2. INTERVENTION

### RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES

1. Faciliter l'orientation vers des soins psychiatriques dès qu'une situation à risque est détectée ou dès que la personne a réalisé un geste auto-dommageable ou tentamen non réussi.
  - Rendre plus fluide la procédure pour orienter les requérants d'asile vers des soins psychiatriques ambulatoires non-urgents.
  - Favoriser les consultations psychiatriques sur place, au CFA.
  - Favoriser la collaboration étroite avec les services de prise en charge des addictions de la région.
2. Faciliter la communication directe entre CARITAS et les autres corps de métiers (notamment avec le service sanitaire MedicHelp), pour signaler des situations à risque, afin de réduire le temps d'attente pour avoir une évaluation psychiatrique.
3. Assurer une bonne communication entre le service des urgences sanitaires de la région qui a évalué le requérant d'asile présentant un risque suicidaire et le personnel du CFA, afin de réduire les risques de nouveaux tentamen. La communication se fera prioritairement avec le service sanitaire MedicHelp qui informera par la suite le reste des équipes du CFA, afin de favoriser une intervention coordonnée. IMPORTANT : en dehors des horaires d'ouverture du service MedicHelp, il faut assurer une bonne communication entre l'équipe ORS d'encadrement et le service des urgences sanitaires de la région. p.ex. :
  - La liste de médicaments du requérant doit être accessible au personnel ORS, afin d'informer les urgences du traitement en cours.
  - Une fois que le service des urgences a terminé son évaluation, il doit informer le service ORS et donner les consignes nécessaires, afin d'assurer la prise en charge du risque suicidaire en attendant que le service MedicHelp ouvre.

## 3. POSTVENTION

### RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES

1. Répertorier tous les gestes auto-dommageables mineurs ou majeurs et suicides avérés, et s'assurer que la fiche d'incident a été bien répertoriée et analysée, afin de fournir un bon monitoring sur le nombre d'incidents, le type d'incident et le type d'intervention faite. Il serait souhaitable que l'analyse de l'incident soit faite en impliquant les différents corps de métiers du CFA.
2. Mettre en place un soutien individuel ou groupal pour les requérants proches à la personne qui a réalisé le geste suicidaire ou auto-dommageable et pour les requérants qui ont assisté au geste suicidaire / auto-dommageable. Ceci doit être mis en place en collaboration avec des institutions psychiatriques de la région ou expertes dans la gestion du risque suicidaire.

3. Mettre en place un espace de parole pour le reste des requérants du CFA qui le souhaitent. Ceci doit être mis en place en collaboration avec des institutions psychiatriques de la région ou expertes dans la gestion du risque suicidaire.
4. Mettre en place un espace de parole individuel ou groupal pour les professionnels qui ont pu être impactés par l'incident.
5. Aborder l'incident dans les supervisions d'équipes.
6. Assurer une communication optimale sur la suicidalité des requérants lors des transferts entre les CFA et lors des transferts au canton, entre les services sanitaires.

## RÉFÉRENCES

---

- Adams, E., Boscarino J., et Figley Ch. (2006). Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study, *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
- Ao, T., Taylor, E., Lankau, E., Sivilli, T. I., Blanton, C., Shetty, S., Lopes-Cardozo, B., Cochran, J., Ellis, H., & Geltman, P. (2012). An investigation into suicides among Bhutanese refugees in the US 2009–2012: Stakeholders report.
- Boyle, D. (2011). Countering Compassion Fatigue: A Requisite Nursing Agenda, *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), Manuscript 2.
- Canu, G. et al. (2021). Harmonized definition of occupational burnout: A systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries. *Scand J Work Environ Health*, 47(2), 95-107.
- Carpenter, J., et al. (2012). Effective supervision in Social Work and Social Care, *Social care institute for excellence*.
- Chernoff, P., Adedokun, C., O'Sullivan, I., McManus, J., Payne, A. (2019). Burnout in the Emergency Department hospital staff at Cork University Hospital. *Ir J Med Sci.*, 188(2), 667-674.
- Chevrier, N. (2009). *Adaptation québécoise de l'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)*, thèse de doctorat, université du Québec, Montréal.
- Cohen, J. (2008). Safe in our hands? a study of suicide and self-harm in asylum seekers. *Journal of forensic and legal medicine*, 15(4), 235-244.
- Da Silva Rebelo M., et al. (2018). Mistrust, Anger, and Hostility in Refugees, Asylum Seekers, and Immigrants: A Systematic Review. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 59(3), 239-251.
- Delgadillo, J., Saxon, D., Barkham, M. (2018). Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. *Depress Anxiety*, 35(9), 844-850.
- Demerouti, E., Nachreiner, F. (1996). Reliability and validity of Maslach Burnout Inventory: a critical approach. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 52, 82-89.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Vardakou, I., Kantas, A. (2003). The Convergent Validity of Two Burnout Instruments: a Multitrait-Multimethod Analysis, *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 296-307.
- Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 291–297.
- Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Filges, T., Montgomery, E., Kastrup, M., Klint Jørgensen, A.M. (2015). The Impact of Detention on the Health of Asylum Seekers: A Systematic Review, *Campbell Systematic Reviews*, 11(1), 1-104

- Gargiulo, A., Tessitore, F., Le Grottaglie, F., Margherita, G. (2020). Self-harming behaviours of asylum seekers and refugees in Europe: A systematic review. *International Journal of Psychology*, 56(2), 189–198.
- Giacco, D., & Priebe, S. (2018). Mental health care for adult refugees in high income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(29), 109–116.
- Goosen, S., Kunst, A.E., Stronks, K., van Oostrum, I.E., Uitenbroek, D.G., Kerkhof, A.J. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health* 11(1), 484.
- Groupe Romand Prévention Suicide. Observatoire Romand des Tentatives de Suicide – Rapport final. 2019.
- Guseva, C.I. et al. (2019). Burnout syndrome in Europe: towards a harmonized approach in occupational health practice and research. *Industrial Health*, 57(6), 745-752.
- Hedrick, K. (2017). Getting out of (self-) harm's way: A study of factors associated with self-harm among asylum seekers in Australian immigration detention, *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 49, 89-93.
- Hedrick, K., Armstrong, G., Coffey, G., Borschmann, R. (2019). Self-harm in the Australian asylum seeker population: A national records-based study, *SSM - Population Health*, 8, 100452.
- Hedrick, K., Armstrong, G., Coffey, G., Borschmann, R. (2020a). An evaluation of the quality of self-harm incident reporting across the Australian asylum seeker population according to World Health Organization (WHO) guidelines. *BMC Psychiatry* 20:320.
- Hedrick, K., Armstrong, G., Coffey, G., Borschmann, R. (2020b). Self-harm among asylum seekers in Australian onshore immigration detention: how incidence rates vary by held detention type. *BMC Public Health*, 20:592
- Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *J Psychosom Res.* 50(2):87–93.
- Huemer, J., Karnik, N. S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M. H., & Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 13.
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., & Steiner, H. (2011). Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(3), 307-319.
- Jensen, T. K., Skårdalsmo, E. M. B., & Fjermestad, K. W. (2014). Development of mental health problems-a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8(1), 29.
- Jun J, et al. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review, *International Journal of Nursing Studies*, 119.
- Kapur N, House A, Dodgson K, May C, Creed F. (2002). Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self-poisoning: cohort study. *BMJ.* 325(7369):866–7.
- Kirmayer, L.J., Groleau, D., Looper, K.J., Dao, M.D. (2004). Explaining Medically Unexplained Symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10):663-672.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, Berkeley: University of California Press.

- Ksouri H, et al. (2010). Culture de l'erreur dans les établissements de soins : place des colloques de morbidité-mortalité, *Rev Médical Suisse*, 6 :2190-4
- Li, S. S., Liddell, B. J., Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18(9), 82.
- Lipiccas C. B., Mäkinen I. H., Wasserman D., Apter A., Kerkhof A., Michel K., Renberg E.S., Van Heeringen K., Värnik A., Schmidtke A. (2014). Repetition of attempted suicide among immigrants in Europe, *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 539-47.
- Michaud, L., et al. (2021). Countertransference Reactions of the Caregiver Meeting Suicidal Patients: a Systematic Review, *Curr Psychol*.
- Michaud, L., et al. (2021). Le médecin, sa clinique et l'institution: le cas du patient suicidaire, *Rev Med Suisse*, 17, 286-288
- Mouchenik, Y., Moro, M.R. (2021). *Pratiques transculturelles. Les nouveaux champs de la clinique*. Éditions In Press
- Müller, F., et al. (2017). *Santé mentale des requérants d'asile traumatisés : état des lieux et recommandations*. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), section Égalité face à la santé, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Lucerne.
- National Child Traumatic Stress Network - Refugee Trauma Task Force. (2003). *Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Ní Raghallaigh, M. (2013). The Causes of Mistrust amongst Asylum Seekers and Refugees: Insights from Research with Unaccompanied Asylum-Seeking Minors Living in the Republic of Ireland. *Journal or Refugee Studies*. 27(1).
- OFSP. 2016a. *La prévention du suicide en Suisse – Contexte, mesures à prendre et plan d'action*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html>
- OFSP. 2016b. *Fiche d'information – compétences en matière de santé en Suisse. Version 2016*. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=fr>
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., Nygren, A. (2008) Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs.*, 62(1), 84-95.
- Procter, N., Posselt, M., Ferguson, M., McIntyre, H., Kenny, M.A., Curtis, R., Loughhead, M., Clement, N., Mau, V. (2021). An Evaluation of Suicide Prevention Education for People Working with Refugees and Asylum Seekers. *Crisis*.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management, *BMJ*, 320:768-770.
- Reis, D., Xanthopoulou, D., Tsaousis, I. (2015) Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries. *Burnout research*, 2(1), 8-18.
- Reko, A.; Bech, P.; Wohler, C.; Noerregaard, C.; Csillag, C. (2015). Usage of psychiatric emergency services by asylum seekers: Clinical implications based on a descriptive study in Denmark. *Nord. J. Psychiatry*, 69, 587–593.
- Revell, L., Burton, V. (2016). Supervision and the Dynamics of Collusion: A rule of optimism? *British Journal of Social Work*, 46(6), 1587-1601.
- Rimé, B. (2015). *Le partage social des émotions*. Paris : PUF.



- Saillant, S., Drocinski, R., Wohlhauser, A., Pourré, B. (2017). Suicide et migration, in *Prévention du suicide. Rencontrer, évaluer, intervenir* Sous la direction de Laurent Michaud et Charles Bonsack, Médecine et Hygiène, pp.321-331.
- Sanchis Zozaya J, et al. (2018). The public health response for greater efficiency in the treatment of unaccompanied refugee minors in Switzerland. *European Journal of Public Health*, 28(1).
- Sanchis Zozaya, J., et al. (2018). L'apport de la psychiatrie transculturelle aux soins de premier recours : pour une approche pragmatique pour des rencontres complexes. *Swiss Medical Forum*, 18(15), 325-331.
- Sanchis Zozaya, J. (2021). *J'ai peur de les oublier - Deuil et accompagnement chez les adolescents requérants d'asile*. Georg Éditeur : Genève.
- Sarkadi, A., Ådahl, K., Stenvall, E., Ssegonja, R., Batti, H., Gavra, P., ... Salari, R. (2017). Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European child & adolescent psychiatry*, 1–13.
- Schoretsianitis G, Eisenhardt S, Ricklin ME, Srivastava DS, Walther S, Exadaktylos A. (2018). Psychiatric Emergencies of Asylum Seekers; Descriptive Analysis and Comparison with Immigrants of Warranted Residence. *Int J Environ Res Public Health*. 21;15(7), 1300.
- Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139.
- Sinval, J., Queirós, C., Pasian, S., Marôco, J. (2019) Transcultural adaptation of the Oldenburg burnout inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Frontiers in psychology*, 10.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80.
- Spallek J., Reeske A., Norredam M., Nielsen S. S., Lehnhardt J., Razum O., (2014). Suicide among immigrants in Europe- a systematic literature review, *European Journal of Public Health*, 25(1), 63-71.
- Staehr, M.A., Munk-Andersen, E. (2006). Suicide and suicidal behavior among asylum seekers in Denmark during the period 2001-2003. A retrospective study. *Ugeskr Laeger*, 168(17), 1650-3.
- Tessitore, F., Margherita, G. (2020). Land of care seeking: Pre- and post-migratory experiences in asylum seekers' narratives. *Community Psychology in Global Perspective*, 6(1), 58–75.
- Tousignant M., Laliberté A. (2007). Suicide, violence and culture, in Bhugra D., Bhui K., *Textbook of Cultural Psychiatry*, Cambridge University Press, pp.33-42.
- Van der Heijden, B., Brown Mahoney, Ch., Xu, Y. (2019). Impact of Job Demands and Resources on Nurses' Burnout and Occupational Turnover Intention Towards an Age-Moderated Mediation Model for the Nursing Profession. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 2011.
- van Oostrum, I. E. A., Goosen, S., Uitenbroek, D. G., Koppelaar, H., & Stronks, K. (2011). Mortality and causes of death among asylum seekers in the Netherlands, 2002–2005. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(4), 376–383.
- Vervliet, M., Meyer Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian journal of psychology*, 55(1), 33–37.
- Vu, F., Bodenmann, P. (2017). Preventing, managing and treating compassion fatigue - A systematic review of the literature on recommended interventions, *Swiss Archives of Neurology Psychiatry and Psychotherapy*, 168(8), 224-231.

Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität, *Der Nervenarzt*, 79(11), 1319-1336.

World Health Organisation (2014) *Preventing Suicide: A global imperative*. Luxembourg: WHO.

World Health Organisation (2016) *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Geneva: WHO.

# ANNEXES 1

---

## IDENTITÉ DU CONSORTIUM CHARGÉ DU PROJET

Un consortium d'experts a été constitué sous la coordination d'Unisanté (Centre Universitaire de Médecine Générale et Santé Publique – du canton de Vaud) et du DP-CHUV (Département de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) afin d'apporter toute l'expertise requise pour répondre à ce projet.

Unisanté, Département impliqué :

- *Département Vulnérabilités et médecine sociale (DVMS)*, qui a une large expérience dans la prise en charge sanitaire des populations migrantes issues de l'asile, en médecine générale et en santé mentale. Le dépistage précoce des troubles psychiatriques, ainsi que la prévention du risque suicidaire dans les centres d'accueil du canton de Vaud figurent parmi les objectifs prioritaires du Département. Le DVMS collabore de façon étroite et de longue date avec l'institution chargée de l'hébergement et de l'assistance sociale pour les requérants d'asile sur le canton de Vaud (EVAM – Établissement Vaudois d'Accueil des Migrants) ainsi qu'avec le SEM et l'OFSP.

DP-CHUV, Services impliqués :

- *Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA)*, filière Hospitalisation et Urgences/Crises, Unité Transculturelle de l'Enfant et de l'Adolescent (UTEA) qui a une large expérience dans le domaine de la prévention du suicide, de l'évaluation du potentiel suicidaire et des prises en charge d'enfants et d'adolescents suicidaires et à risques, avec une expertise transculturelle auprès de la population concernée par ce projet.
- *Service de Psychiatrie de liaison (PLI)* pour les adultes, qui a une large expérience et expertise dans le domaine de la prévention du suicide ainsi que de l'évaluation et de l'intervention auprès des personnes en crise suicidaire.

L'ensemble des experts susmentionnés collaborent étroitement sur plusieurs projets avec les autorités politiques au niveau Cantonal (Direction Générale de la santé) et Fédéral (OFSP). Ils développent par ailleurs une activité académique - enseignement et recherche - importante et reconnue au niveau national et international.

## UNISANTÉ

### Dr Javier SANCHIS ZOZAYA

Coordinateur cantonal pour la Santé Mentale des Migrant.e.s Précarisé.e.s sur le canton de Vaud. Psychiatre et psychothérapeute FMH. MD Cadre au Département Vulnérabilités et Médecine Sociale (DVMS) Centre universitaire de médecine Générale et santé publique (Unisanté). Co-responsable du Secteur *Soins aux Migrants au Département Vulnérabilités et médecine sociale*, d'Unisanté. Membre du « Expert Group on Mental Health of Asylum

Seekers » pour l'OFSP – Section Égalité face à la santé, où il collabore avec la Dre Annette Koller Doser (Médecin expert au SEM). Collabore étroitement avec l'EVAM (Établissement Vaudois pour l'Accueil des Migrants), avec la DGS (Direction Générale de la Santé du Canton de Vaud et avec l'OFSP (Office fédéral de la santé publique). Il participe et mène des projets de recherche et publications sur la thématique de la santé mentale des migrants issus de l'asile ou en situation de précarité. En 2016, à la demande de la DGS, il a réalisé l'analyse de terrain des prises en charge sanitaires et éducatives pour les MNA, suite à de multiples gestes auto-agressifs et hétéro-agressifs parmi les jeunes. Sur la base de cette analyse les autorités sanitaires ont entrepris des modifications importantes dans le système sanitaire et éducatif pour les MNA du canton de Vaud.

Mail: javier.sanchis-zozaya@chuv.ch

### **Monica CAMISANI**

Infirmière, Centre universitaire de médecine Générale et santé publique (Unisanté) – Secteur soins aux migrants

## **Département de Psychiatrie - CHUV**

### **Sydney GAULTIER**

Dr en psychologie clinique et pathologie, Psychologue associé à l'Unité Transculturelle de l'Enfant et de l'Adolescent (UTEA), SUPEA (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent), Département de Psychiatrie du CHUV. Il a une carrière d'enseignant chercheur en psychologie en France où il occupait la fonction de Maître de conférences associé à l'Université Savoie Mont Blanc. Spécialisé dans la clinique transculturelle, il a de nombreux articles, chapitres et contributions scientifiques sur le sujet des mineurs migrants et plus spécifiquement des MNA, du stress post-traumatique, de la santé mentale et des souffrances au travail. Il a contribué auprès de la Haute Autorité de Santé en France à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles auprès des MNA avec la charge des chapitres relatifs à la santé mentale et somatique.

Mail: sydney.gaultier@chuv.ch

### **Dr Laurent MICHAUD**

Psychiatre et psychothérapeute FMH. Responsable de l'Unité urgences et crises du Service de psychiatrie de liaison, Privat-Docent et Maître d'enseignement et de recherche clinique de la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne, Co-fondateur et ancien président du Groupe Romand Prévention Suicide. Ses recherches ont porté entre autres sur les interventions après tentatives de suicide, le vécu des soignant.e.s face à la personne en crise suicidaire et les suicides avérés de patient.e.s suivies en psychiatrie. Elles ont donné lieu à de nombreuses publications. Sur mandat de l'OFSP, Laurent Michaud a dirigé l'Observatoire Romand des Tentatives de Suicide, qui a récolté des informations sociodémographiques et cliniques sur plus de 2500 tentatives de suicide en Suisse romande, entre 2016 et 2019. Plus récemment, il est impliqué comme partenaire dans le projet FNS dirigé par A. Pfister sur les tentatives de suicide dans la population LGBT. Il est par ailleurs formateur des formateurs pour le module « *Faire face au risque suicidaire* » et dispense de nombreux enseignements dans le domaine de la santé mentale et de la prévention du suicide.

### **Dre Carole KAPP**

Médecin adjointe, cheffe de la filière Hospitalisation et Urgences/Crises au Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent au CHUV, Psychiatre et psychothérapeute d'enfants et d'adolescents FMH. Vice-présidente du Groupe Romand Prévention Suicide et membre du Comité scientifique de la formation « Faire face au risque suicidaire ». Elle dispense des enseignements dans le domaine de la santé mentale et de la prévention du suicide.

### **Boris POURRÉ**

Infirmier et case manager de transition en situation transculturelle. Spécialisation en ethnopsychiatrie et clinique transculturelle. Formateur pour la prévention du risque suicidaire. Unité Transculturelle de l'Enfant et de l'Adolescent (UTEA), SUPEA (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent), Département de Psychiatrie du CHUV.

## **SOUTIEN MÉTHODOLOGIQUE**

### **Thomas BRAUCHLI**

Bibliothécaire-Documentaliste, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique. Bibliothèque universitaire de médecine (BiUM).

### **Joana NORTON**

Épidémiologiste, PhD, Institut des Neurosciences, Université de Montpellier, INSERM, Montpellier

### **Catherine GANDUBERT**

Attachée de recherche clinique, Institut des Neurosciences, Université de Montpellier, INSERM, Montpellier

## ANNEXES 2

### MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE NATIONALE ET INTERNATIONALE SUR LA THÉMATIQUE

La revue de la littérature internationale a été réalisée par l'Unité Documentation et Données (UDD) d'Unisanté et le service de soutien et conseil pour les revues systématiques de littératures de la Bibliothèque universitaire de médecine. Les sources et bases de données consultées sont celles accessibles depuis le site de la BiUM.

Les moteurs de recherche consultés pour cette revue de la littérature sont :

- Embase.com ;
- PubMed ;
- CINAHL EBSCO ;
- APA PsycINFO Ovid SP ;
- Web of Science – Core collection.

Des recherches complémentaires (littérature grise) sont venues compléter ce recueil par l'usage de *Google Scholar* ainsi que la base de données spécialisée *Refworld*.

La recherche de recommandations de bonnes pratiques / Guidelines a été effectuée à partir des moteurs suivants :

- Trip database Pro ;
- ECRI guidelines Trust ;
- Guidelines International Network (G-I-N) – International Guideline Library;
- NICE – NHS Evidence Search ;
- OpenGrey ;
- CisMef – Bonnes pratiques ;
- Society guideline links (UpToDate).

Les recherches par mots clefs se sont faites en anglais, français, allemand, italien et espagnol. La stratégie de sélection limite la recherche aux documents parus depuis 2015.

La littérature recherchée devait inclure un des termes suivants, dans l'une de ces cinq langues :

Anglais	Français	Allemand	Italien	Espagnol
Asylum cent*	Centre d'asile	Asylzentrum	Centro / Centri d'asilo	centro de asilo
Detention cent*	Centre de détention	Internierungslager [für Asylbewerber / Flüchtlinge]	Centro / centri de detenzione	centro de detención de solicitantes de asilo
Procedure cent*	Centre de procédure	[Registrierungs- und] Verfahrenszentrum [für Asylbewerber]	Centro /centri [di registrazione e] di procedura	centro de [registro y] tramitación de solicitantes de asilo
Reception cent*	Centre d'accueil	Aufnahmezentrum [für Asylbewerber]	Centro di accoglienza per	centro de acogida para solicitantes de asilo

		Erstaufnahmeeinrichtungen	richiedenti asilo (CARA)	
Registration cent*	Centre d'enregistrement	Registrierungszentrum [für Asylbewerber]	centro / centri di registrazione	centro de registro de solicitantes de asilo
	Centre fédéral pour requérants d'asile (CFA)	Bundesasylzentrum Bundesasylzentren	Centro federale/Centri federali d'asilo	
		Asylstrukturen	Strutture d'asilo	estructuras de[] asilo

**Table synoptique des termes de la recherche** pour traduire « centre fédéral pour requérants d'asile » (Les traductions en italien et espagnol ne sont pas validées. Source : <https://www.deepl.com/fr/translator>)

Les différentes stratégies de recherche appliquées nous ont conduit à identifier à partir des bases de données, les ressources suivantes :

Thématiques recherchées	Articles identifiés dans les bases de données
Centre d'accueil, suicidalité et violence dirigée contre soi-même	n = 30
Centre d'accueil et autres violences	n = 58
Centre d'accueil/Camps de réfugiés et Addictions (Consommation d'alcool, substances psychoactives)	n = 6
Détection de troubles psychiques/suicidalité	n = 96
Guides de bonnes pratiques/recommandations	n = 30
Revue Systématiques	n = 17

**Tableau des articles identifiés dans les bases de données en fonction des thématiques recherchées**

Des recherches manuelles sont venues compléter cette liste à partir de la bibliographie des articles consultés et des propres références des chercheurs.

## ANNEXES 3

---

### Organisation des journées d'observations

#### Visite du CFA de Giffers

Date : 10.09.2021

Chercheurs : Sydney Gaultier et Javier Sanchis Zozaya

Programme : 09h00 – 17h45

---

Horaires	Étapes de la visite
9h-10h	Visite du centre avec accompagnement d'une personne de référence
10h15-11h45	Rencontre avec l'équipe d'encadrement ORS, y compris le personnel de cuisine, d'encadrement et pour les activités occupationnelles
12h-13h	Repas dans le centre avec les requérants d'asile
13h15-14h45	Rencontre avec l'équipe sanitaire – MedicHelp
15h00-16h30	Rencontre avec l'équipe sécurité – Protectas
16h45-17h45	Rencontre avec l'équipe des représentants juridiques CARITAS

---

#### Visite du CFA de Vallorbe

Date : 14.09.2021

Chercheurs : Sydney Gaultier, Javier Sanchis Zozaya et Monica Camisani

Programme : 09h00 – 16h30

---

Horaires	Étapes de la visite
9h-10h	Visite du centre avec accompagnement d'une personne de référence
10h15-11h45	Rencontre avec l'équipe d'encadrement ORS, y compris le personnel de cuisine, d'encadrement et pour les activités occupationnelles
12h-13h	Repas dans le centre avec les requérants d'asile
13h15-14h45	Rencontre avec l'équipe sanitaire – MedicHelp
15h00-16h30	Rencontre avec l'équipe sécurité – Protectas

---



## Visite du CFA de Boudry

Date : 28.09.2021

Chercheurs : Sydney Gaultier et Javier Sanchis Zozaya, Monica Camisani et Boris Pourré

Programme : 09h00 – 18h30

---

Horaires	Étapes de la visite
9h-10h	Visite du centre avec accompagnement d'une personne de référence
10h15-11h45	Rencontre avec l'équipe d'encadrement ORS, y compris le personnel de cuisine, d'encadrement et pour les activités occupationnelles
12h-13h	Repas dans le centre avec les requérants d'asile au réfectoire familles et hommes au Érables
13h15-14h45	Rencontre avec l'équipe sécurité – Protectas

---

### Suite de la visite groupe 1 : Javier Sanchis Zozaya et Monica Camisani

---

Horaires	Étapes de la visite
15h-16h30	Rencontre avec l'équipe représentants juridiques CARITAS
16h45-18h15	Rencontre avec l'équipe sanitaire – MedicHelp

---

### Suite de la visite groupe 2 : Sydney Gaultier et Boris Pourré

---

Horaires	Étapes de la visite
15h-16h30	Rencontre avec l'équipe personnes de confiance CARITAS
16h15-17h15	Rencontre avec l'équipe socio-éducative
17h30-18h30	Rencontre avec l'enseignante et l'aumônier

---

## ANNEXES 4

---

### DIMENSIONS MESURÉES PAR LE QUESTIONNAIRE EN LIGNE

#### 1. Variables sociodémographiques

Informations descriptives comprenant la tranche d'âge, le genre, le site de travail (Giffers, Boudry ou Vallorbe), depuis combien de temps ils exercent sur ce site, taux d'activité dans l'institution, le rattachement institutionnel et/ou la fonction dans l'institution (SEM, Encadrement ORS, MedicHelp ORS, Protectas, CARITAS, Enseignant du Canton, Accompagnement spirituel rattaché à une église ou une communauté religieuse), le niveau de formation (Scolarité obligatoire, Diplôme d'études secondaires supérieures (Maturité/Baccalauréat), Formation générale et professionnelle (CFC, BEP, CAP etc.), Formation supérieure (post- Maturité/ post-Baccalauréat, BTS, HES, Université, etc.), autres formations suivies (premiers secours, gestion de la violence, prévention du risque suicidaire), quelles autres formations leurs seraient utiles.

#### 2. Variables Impact subjectif sur la vie professionnelle

Dans le cadre du travail, le professionnel a-t-il déjà été exposé de manière directe ou indirecte à une ou plusieurs des situations suivantes (Gestes auto-dommageables d'un.e requérant.e sur lui-même, Gestes violents et/ou agressifs d'un.e requérant.e en lien avec l'expression d'idées suicidaires, Expressions d'idées suicidaires par un.e requérant.e, Tentative de suicide d'un.e requérant.e, Suicide d'un.e requérant.e) et pour chaque proposition, de préciser pour le professionnel ce qu'il lui est arrivé d'éprouver (un sentiment de danger pour le/la requérant.e, pour elle-même, pour ses collègues), une hésitation à revenir travailler (le lendemain et les jours suivants), à se mettre en arrêt de travail, à démissionner ; le professionnel estime-t-il avoir bénéficié de soutien au travail ; par qui et qui aurait dû le soutenir.

#### 3. Variables Procédures administratives

Le professionnel connaît-il les procédures internes concernant la gestion de la violence, la prise en charge du risque suicidaire, les procédures d'orientation vers les soins infirmiers-médicaux-psychiatriques ; estime-t-il que chacune de ces procédures est adaptée et appliquées ; pense-t-il qu'il manque des procédures et lesquelles.

#### 4. Variables Attitudes observées chez les requérants d'asile et sens donné à ces actes

Les professionnels observent-ils les jours qui suivent une tentative de suicide, l'expression d'idées suicidaires ou des gestes auto-dommageables, une augmentation (des tentatives de suicide chez les autres requérant.e.s, l'expression d'idées suicidaires chez les autres requérant.e.s, des gestes auto-dommageables (violences sur soi-même, scarifications, blessures, etc.) chez les autres requérant.e.s, des gestes, propos agressifs et menaces entre

requérant.e.s ou envers les professionnels) ; selon l'expérience des professionnels, chez qui les tentatives de suicide, l'expression d'idées suicidaires et/ou les gestes auto-dommageables sont les plus fréquents (hommes/femmes, célibataires et/ou personnes seules au CFA, mineurs, jeunes adultes (18-25 ans), adultes, les requérant.e.s qui ont déjà tenté l'asile dans un autre pays d'Europe, les requérant.e.s qui ont des problèmes avec la justice pour cause de délits et quelles sont les origines géographiques ou nationalités les plus fréquentes (Europe, Asie, Afrique subsaharienne, Maghreb, Amérique du sud, autres) ; selon le professionnel, la plupart des requérant.e.s qui tentent ou expriment des idées suicidaires et/ou ont des gestes auto-dommageables, question identique pour les gestes auto-dommageables, manifestent-ils une détresse psychologique, cherchent-ils un soutien, exercent-ils une forme de « pression » pour obtenir ce qu'ils veulent ; quelles sont les causes possibles d'idées suicidaires et/ou de tentatives de suicide chez les requérant.e.s d'asile (une mauvaise nouvelle reçue de la famille ou du pays, une souffrance liée à l'isolement/séparation de sa famille, l'annonce ou l'anticipation d'une décision négative de la demande d'asile, une stigmatisation de la part des autres requérant.e.s (par ex. : rejet et harcèlement de personnes LGBT, femmes seules, minorité ethnique, etc.), la promiscuité de la vie collective dans le centre, une frustration liée aux règles de vie du centre, un problème psychiatrique, un problème de dépendance (drogues, alcool, médicaments, etc.), une stratégie pour obtenir un bénéfice/changement de sa situation ou des règles de vie, une cause inconnue, d'autres causes ; face aux tentatives de suicide, à l'expression d'idées suicidaires et/ou aux gestes auto-dommageables (violences sur soi-même, scarifications, blessures, etc.), quelles suggestions d'amélioration le professionnel peut-il proposer.

##### **5. Variables attitudes du professionnel à l'égard du suicide**

Pour le professionnel, est-il difficile actuellement de faire face aux tentatives de suicide, à l'expression d'idées suicidaires et/ou aux gestes auto-dommageables (violences sur soi-même, scarifications, blessures, etc.) des requérant.e.s ; osent-ils aborder avec eux la question du suicide ; selon leur expérience, est-ce que parler de suicide peut inciter quelqu'un à le faire ; le suicide est-il un choix ; observent-ils des signes avant-coureurs qui précèdent une tentative de suicide, l'expression d'idées suicidaires et/ou des gestes auto-dommageables (violences verbales, violences physiques, emprise d'un toxique, repli sur soi, refus des activités, tristesse, aucun signe, d'autres signes, lesquels) ; selon l'expérience du professionnel, dans son centre, combien de fois en moyenne sur un mois, y-a-t-il de menaces suicidaires, tentatives de suicide et/ou automutilations.

##### **6. Variables Impact subjectif sur la vie privée du professionnel**

Le professionnel estime-t-il que sa qualité de vie a diminué en lien avec son travail actuel ; ressent-il des troubles du sommeil qu'il considère en lien avec son travail actuel ; prend-t-il des médicaments qu'il considère en lien avec son travail actuel ; si oui, lesquels (somnifères, Calmants (anxiolytiques), antidépresseurs, antidouleurs/anti-inflammatoires, autres) ; Consomme-t-il des produits stimulants ou calmants (hors prescription médicamenteuse) ; a-t-il été amené à consulter un professionnel de la santé en lien avec les difficultés rencontrées dans son travail actuel (un médecin généraliste ou spécialiste en santé somatique, un Psychiatre – Psychologue / psychothérapeute, d'autres professionnels (physiothérapeute, médecines alternatives, etc.).

## 7. Variable Burnout

L'échelle OLBI (Oldenburg Burnout Inventory) est un questionnaire standardisé sur le Burnout. Elle a été reconnue par un groupe d'experts international comme étant recommandée pour évaluer ce type de problématiques. Elle est la plus courte parmi les échelles reconnues comme valables. Le questionnaire a été validé en français. L'OLBI est composé de 16 questions qui interrogent sur la façon dont les professionnels se sentent lorsqu'ils sont au travail et évalue deux dimensions : le désengagement et l'épuisement. Chacune des 16 questions est évaluée sur une échelle de Likert à 4 points. Les réponses possibles étaient "Pas du tout d'accord" = 1, "Pas d'accord" = 2, "D'accord" = 3, et "Tout à fait d'accord" = 4. Il est important de préciser que les items 2,3, 4, 6, 8, 9, 11 et 12 de l'échelle sont inversés, avec « Tout à fait d'accord » avec une valeur de 1, et « Pas du tout d'accord » = 4. Les scores OLBI vont donc de 16 à 64. Plus le score est élevé plus le niveau de Burnout est important.

## ANNEXES 5

---

### ÉCHELLE OLBI (OLDENBURG BURNOUT INVENTORY)

Les propositions ci-dessous reflètent-elles la façon dont vous vous sentez lorsque vous êtes au travail ?

Répondez en entourant le numéro correspondant à votre choix (une seule réponse par question) : 1 = Pas du tout d'accord / 2 = Pas d'accord / 3 = D'accord / 4 = Tout à fait d'accord.

1	Je trouve toujours des aspects nouveaux et intéressants dans mon travail.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
2	Certains jours, je me sens fatigué(e) avant même d'arriver au travail.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
3	Cela arrive de plus en plus souvent que je parle de mon travail de façon négative.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
4.	Il me faut plus de temps qu'avant pour me relaxer et me sentir bien après le travail.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
5	Je supporte très bien les pressions de mon travail.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
6	Ces derniers temps, j'ai tendance à moins réfléchir au travail et à faire mon boulot de façon automatique.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
7.	Pour moi, mon boulot est un défi positif.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
8	Quand je travaille, je me sens souvent épuisé(e) émotionnellement.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord

9	Avec le temps, on peut se désintéresser de ce genre de boulot.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
10	Après le boulot, j'ai suffisamment d'énergie pour mes activités de loisir.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
11	Parfois, je suis dégoûté(e) de ce que je fais au travail.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
12	Après le boulot, je me sens fatigué(e) et las(se).	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
13	Ceci est le seul genre de job que je m'imagine faire.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
14	En général, je suis capable de gérer efficacement la charge de travail.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
15	Je me sens de plus en plus impliqué(e) dans mon travail.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord
16	Quand je travaille, je me sens généralement plein(e) d'énergie.	1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 D'accord 4 Tout à fait d'accord

## Note d'information en ligne

**unisanté**  
Centre universitaire de médecine générale  
et santé publique · Lausanne



Centre hospitalier  
universitaire vaudois

Redimensionner la police :



[De retour?](#)

### Prévention du suicide dans les centres fédéraux pour requérants d'asile de la Région Suisse romande

#### NOTE D'INFORMATION

Madame, Monsieur

**Nous vous proposons de participer à un projet de recherche portant sur la "Prévention du suicide dans les centres fédéraux pour requérants d'asile de la Région Suisse romande".**

**Votre participation est entièrement libre et anonyme. Toutes les informations collectées dans le cadre de ce projet sont soumises à des règles strictes en matière de protection des données.**

**Le projet de recherche est coordonné par le Dr. Javier Sanchis Zozaya et le Dr. Sydney Gaultier. Les conclusions de cette recherche feront l'objet d'un rapport remis au SEM (Secrétariat d'État des Migrations) mentionnant des recommandations en vue d'une meilleure prévention du suicide dans les centres fédéraux. Le SEM décidera sous quelle forme il communiquera les résultats de cette recherche. Des articles scientifiques pourront être édités à partir des données récoltées. Ceux-ci seront également transmis au SEM.**

**Si vous souhaitez avoir davantage d'informations et un aperçu du projet mentionnant les principaux points à retenir, vous trouverez en téléchargement les informations complémentaires détaillées.**

**Pour l'équipe de recherche**

**Dr Javier Sanchis Zozaya,  
Dr Sydney Gaultier,**

Pièce jointe:  [Formulaire information-prévention du suicide.pdf](#) (0.07 MB)

## Formulaire d'information en ligne téléchargeable

---

Prévention du suicide dans les centres fédéraux pour requérants d'asile de la Région Suisse romande.

Participation à l'étude via un questionnaire en ligne

---

Madame, Monsieur

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche portant sur la "Prévention du suicide dans les centres fédéraux pour requérants d'asile de la Région Suisse romande".

Votre participation est entièrement libre et anonyme. Toutes les données collectées dans le cadre de ce projet sont soumises à des règles strictes en matière de protection des données.

Le projet de recherche est mené par les Dr. Javier Sanchis Zozaya et le Dr Sydney Gaultier. Les conclusions de cette recherche feront l'objet d'un rapport remis au SEM (Secrétariat d'État des Migrations) mentionnant des recommandations en vue d'une meilleure prévention du suicide dans les centres fédéraux. Le SEM décidera sous quelle forme il communiquera les résultats de cette recherche. Des articles scientifiques pourront être édités à partir des données récoltées. Ceux-ci seront également transmis au SEM.

Nous vous proposons un aperçu du projet mentionnant les principaux points à retenir. Si vous souhaitez avoir davantage d'informations, vous trouverez en téléchargement les informations complémentaires détaillées.

### Pour l'équipe de recherche

**Dr Javier Sanchis Zozaya,**

MD, chargé de cours.

Département Vulnérabilités et Médecine Sociale (DVMS)

Centre universitaire de médecine Générale et de santé publique (Unisanté)

Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne • Suisse

**Dr Sydney Gaultier,**

Psychologue associé

Dr en psychologie clinique et pathologie

Unité Transculturelle Enfant et Adolescent (UTEA), du SUPEA (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent, du Département de Psychiatrie du CHUV.

Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne, Suisse.



## Pourquoi menons-nous ce projet de recherche ?

- L'objectif principal de cette recherche est d'aboutir à un concept de prévention du suicide dans les centres fédéraux pour requérants d'asile de la Région Suisse romande.
- Le SEM (Secrétariat d'État aux Migrations) a lancé un appel d'offres que nous avons remporté, parmi d'autres participants.
- Il est noté qu'à ce jour, il n'existe pas de processus spécifique à la prévention du suicide développé pour l'ensemble des centres fédéraux.
- Il est visé un processus propre à la prévention du suicide dans les centres fédéraux et la proposition d'outils théoriques et pratiques à mobiliser dans le quotidien.
- Il est demandé que le concept de prévention du suicide apporte un bénéfice aux requérants d'asile par une réponse adaptée à la situation voire, si possible, d'anticiper et de désamorcer en amont le risque suicidaire.
- En parallèle, il est demandé au concept de bénéficier aussi aux collaborateurs en leur permettant de mieux supporter la pression exercée par ce type de situations et de renforcer leurs compétences en termes de prévention du risque suicidaire.

## Que dois-je faire si j'accepte de participer ?

### Que se passe-t-il pour moi en cas de participation ?

- Si vous acceptez de participer à cette recherche, il vous sera proposé de remplir en ligne un questionnaire anonymisé.
- Si vous acceptez de participer, vous aurez la possibilité de répondre et de donner votre avis aux différentes questions qui vous seront soumises. Vous pouvez répondre partiellement aux questions et vous pouvez cesser de répondre à tout moment, sans vous justifier. Cela n'aura aucune incidence défavorable pour vous.
- Les questionnaires anonymisés seront conservés durant 10 ans et hébergés de façon sécurisée dans le Data Center du CHUV. L'accès à ces informations sera strictement protégé.
- L'étude étant complètement anonyme, et il n'est pas possible d'accéder aux informations que vous avez données pour les rectifier une fois le questionnaire en ligne terminé.

## Quels sont les bénéfices et les risques liés à la participation au projet ?

### Bénéfices

- Il se peut que votre participation à ce projet de recherche ne vous apporte aucun bénéfice direct.
- Toutefois, par votre participation, vous contribuez à aider les futur·e·s requérant.e.s d'asile ainsi que l'ensemble des collaborateurs du SEM à améliorer la prévention du risque suicidaire dans les centres fédéraux.

## Risques et contraintes

- Répondre au questionnaire ne représente aucun risque majeur pour vous, toutefois, si pendant ou après l'étude vous prenez conscience de difficultés émotionnelles en lien avec votre activité professionnelle, vous pouvez directement contacter le Dr Javier Sanchis Zozaya :

Dr Javier Sanchis Zozaya, MD, chargé de cours.  
Département Vulnérabilités et Médecine Sociale (DVMS)  
Centre universitaire de médecine Générale et santé publique (Unisanté)  
Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne • Suisse

*En cochant la case à la fin du document, vous certifiez avoir compris les objectifs de cette recherche et consentez librement à y participer.*

## INFORMATION DÉTAILLÉE

Dans cette feuille d'informations, notre projet de recherche est simplement désigné par le terme projet. Si vous acceptez d'y prendre part, vous êtes un participant/une participante au projet.

### 1. OBJECTIF DU PROJET ET SÉLECTION DES PARTICIPANT·E·S

Ce projet a comme objectif principal d'aboutir à un concept de prévention du suicide dans les centres fédéraux (CFA) pour requérants d'asile de la Région Suisse romande. Nous vous sollicitons car la participation est ouverte à toutes les personnes qui travaillent ou qui sont bénévoles au sein des centres fédéraux (CFA de Giffers, Vallorbe et Boudry), qui sont en contact avec des requérants d'asile au sein des CFA et qui sont à ce poste depuis plus d'un mois. Si un de ces critères n'est pas présent, vous ne pouvez pas participer à la recherche.

### Informations générales sur le projet

Le SEM (Secrétariat d'État aux Migrations) a lancé un appel d'offres que nous avons remporté, parmi d'autres participants.

Il est noté qu'à ce jour, il n'existe pas de processus spécifique à la prévention du suicide développé pour l'ensemble des centres fédéraux.

Il est visé un processus propre à la prévention du suicide dans les centres fédéraux et la proposition d'outils théoriques et pratiques à mobiliser dans le quotidien.

Il est demandé que le concept de prévention du suicide bénéficie aux requérants d'asile par une réponse adaptée à la situation voire, si possible, d'anticiper et de désamorcer en amont le risque suicidaire.

En parallèle, il est demandé au concept de bénéficier aussi aux collaborateurs en leur permettant de mieux supporter la pression exercée par ce type de situation et de renforcer leurs compétences en termes de prévention du risque suicidaire.

- Ce projet est court et durera 3 mois au total (comprenant la revue de la littérature scientifique, l'analyse des documents fournis par le SEM, les visites des CFA et les interviews avec les professionnels, le questionnaire en ligne). Le questionnaire en ligne ne sera disponible que 2 semaines. Nous analyserons l'ensemble des données récoltées

afin de proposer un concept de prévention du suicide dans les CFA. A ce projet, seront sollicités l'ensemble des collaborateurs du SEM (environ 500 personnes).

- Ce projet est réalisé dans le respect des prescriptions de la législation suisse. Nous suivons en outre l'ensemble des directives reconnues au niveau international.

## 2. DÉROULEMENT DU PROJET

- Si vous remplissez les critères pour participer au projet et que vous acceptez de participer, vous allez pouvoir accéder au questionnaire en ligne et répondre aux questions.
- Le questionnaire est composé de différentes parties :
  - a. Questions vous concernant : Informations descriptives comprenant l'âge (par tranches), le genre, le lieu de travail, depuis combien de temps vous exercez votre métier, la fonction dans l'institution, le niveau de formation, le régime de travail et quelles formations avez-vous suivi.
  - b. Impact subjectif sur la vie professionnelle.
  - c. Procédures administratives.
  - d. Attitudes observées chez les requérants d'asile et sens donné aux incidents.
  - e. Attitudes du professionnel à l'égard du suicide.
  - f. Impact subjectif sur la vie privée du professionnel.
  - g. Échelle de Burnout chez les professionnels et les bénévoles.

## 3. BÉNÉFICES

Il se peut que votre participation à ce projet de recherche ne vous apporte aucun bénéfice direct. Les avantages potentiels de la présente étude pour les professionnels des CFA, ainsi que pour les requérants d'asile y séjournant, représentent une meilleure connaissance du vécu et des besoins des professionnels prenant en charge les personnes requérantes d'asile, afin d'apporter la meilleure prévention au risque suicidaire possible pour les requérants d'asile. Ce projet de recherche porte sur un domaine critique et contribuera également à la littérature sur ce sujet. Une meilleure connaissance des besoins des personnes requérantes d'asile et des professionnels qui les encadrent permettra de comprendre et d'élaborer des stratégies adaptées pour améliorer la prévention du risque suicidaire et la prise en charge des personnes requérantes d'asile.

## 4. CARACTÈRE FACULTATIF DE LA PARTICIPATION ET OBLIGATIONS

**Votre participation est entièrement libre.** Si vous choisissez de ne pas participer ou si vous choisissez de participer et revenez sur votre décision pendant le déroulement du projet, vous n'aurez pas à vous justifier. Cette décision n'aura pas de répercussions défavorables sur vous.

Si vous choisissez de participer à ce projet de recherche, il vous sera demandé de suivre les consignes afin de répondre aux questions.

## 5. RISQUES ET CONTRAINTES

Répondre au questionnaire ne représente aucun risque notable pour vous, toutefois, si pendant ou après l'étude vous prenez conscience de difficultés émotionnelles en liens avec votre travail, vous pouvez directement contacter le Dr Javier Sanchis Zozaya, Département Vulnérabilités et Médecine Sociale (DVMS), Centre universitaire de médecine Générale et santé publique (Unisanté), Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne.

## **6. RÉSULTATS**

Le projet nous permettra d'obtenir différents résultats :

1. Comment identifier les personnes présentant un risque suicidaire ?
2. Comment les collaborateurs sur le terrain doivent prendre en charge les cas (mesures)?
3. Comment réagir pendant une action violente d'une personne envers elle-même ?
4. Quel suivi accorder à une personne ayant fait une action violente contre elle-même ?
5. Comment éviter qu'une action violente ne se produise ou ne se répète ?
6. Comment accompagner les personnes (collaborateurs ou requérants) ayant assisté à l'évènement ?
7. Quel type de soutiens ont besoin les collaborateurs de terrain ?
8. Quelles formations seraient nécessaires aux différents acteurs impliqués ?
9. Comment adapter les structures d'hébergement, en tenant compte des limites imposées, pour prévenir le risque de suicide ?
10. Comment optimiser les réseaux professionnels ?
11. Comment optimiser la coordination avec les cantons ?

À la fin, un rapport détaillé sur l'étude sera produit, avec l'analyse des divers documents obtenus, de la littérature scientifique, des visites aux CFA, des entretiens avec différents professionnels et du questionnaire en ligne. Des recommandations seront formulées auprès du SEM.

## **7. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES ET DES ÉCHANTILLONS**

Les données relatives au projet seront traitées avec la plus grande discrétion et ne seront accessibles qu'au personnel autorisé pour le besoin de leurs fonctions dans le cadre du projet de recherche.

Nous protégerons les données contre la divulgation au public ou à d'autres chercheurs/non-chercheurs qui ne participent pas au projet de recherche. Seules des données non identifiées (anonymisées) sont exploitées et mises à la disposition des co-chercheurs, des collaborateurs internationaux, des collaborateurs de recherche et/ou des étudiant.e.s pour effectuer d'éventuelles analyses secondaires supplémentaires. De même, en cas d'exigence de consultation d'un ensemble de données lors des processus d'examen par les pairs pour la publication de manuscrits, seul un ensemble de données non identifiées sera fourni.

## **8. RETRAIT DU PROJET**

Vous pouvez à tout moment vous retirer du projet si vous le souhaitez.

## **9. RÉMUNÉRATION**

Vous ne percevrez aucune rémunération pour votre participation à ce projet de recherche.

## **10. RESPONSABILITÉ**

Unisanté et le DP-CHUV sont chargés de la réalisation de ce projet. Ils sont responsables des dommages que vous pourriez subir en relation avec le projet. Les conditions et la procédure sont fixées par la loi. Si vous subissiez un dommage du fait de votre participation au projet, nous vous remercions de vous adresser au responsable du projet.

## **11. FINANCEMENT**

Le projet est intégralement financé par le Secrétariat d'État aux Migrations (SEM).

## **12. INTERLOCUTEUR(S)**

Vous pouvez à tout moment poser des questions concernant ce projet. En cas de questions pendant ou après votre participation, vous pouvez vous adresser à :

**Dr Javier Sanchis Zozaya**, MD, chargé de cours.  
Département Vulnérabilités et Médecine Sociale (DVMS)  
Centre universitaire de médecine Générale et santé publique (Unisanté)  
Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne

**Dr Sydney Gaultier**, Psychologue associé  
Dr en psychologie clinique et pathologie  
Unité Transculturelle Enfant et Adolescent (UTEA), du SUPEA (Service Universitaire de  
Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent, du Département de Psychiatrie du CHUV.  
Av.d'Echallens 9, 1004 Lausanne.

## Formulaire en ligne de consentement éclairé

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Il m'est proposé de participer à l'étude s'appelant "Prévention du suicide dans les centres fédéraux pour requérants d'asile de la Région Suisse romande".

J'accepte librement et volontairement de participer à cette étude

Je ne souhaite pas participer à cette étude

[réinitialiser la valeur](#)

J'ai accès à la note d'information (en pièce-jointe).

Cette note d'information m'explique :

- Le but de l'étude ;
- Le déroulement de l'étude si je participe ;
- Mes droits.

J'ai les coordonnées des chercheurs afin de poser toute question relative à cette étude et à ma participation.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude ou ne répondre que partiellement aux questions.

J'ai compris que je pouvais arrêter à tout moment sans donner de raison. Cela n'ayant aucune incidence défavorable pour moi.

J'ai compris que les questionnaires sont enregistrés et qu'ils sont anonymes. J'accepte le traitement informatisé de mes réponses. J'ai noté que l'étude étant anonyme, il ne m'est pas possible de rectifier les informations transmises une fois le questionnaire terminé. L'accès à ces informations est sécurisé et accessible aux seuls chercheurs.

J'ai compris que si je rencontre des difficultés émotionnelles pendant ou après l'étude je peux contacter directement :

Dr Javier Sanchis Zozaya, MD, chargé de cours.  
Département Vulnérabilités et Médecine Sociale (DVMS)  
Centre universitaire de médecine Générale et de santé publique (Unisanté)  
Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne • Suisse

\* Obligatoire

## ANNEXES 7

---

### Trame de l'entretien semi-structuré

Chercheurs : Javier Sanchis Zozaya, Sydney Gaultier, Monica Camisani et Boris Pourré

---

Interviewer

---

Interviewé

Nom : (facultatif)  
Prénom : (facultatif)

Genre :  Masculin  Féminin

Coordonnées mail et/ou tel. :

Profession :

Ancienneté dans la profession :

Site d'exercice :

---

### Présentation de la recherche

**Présentation de l'interviewer** (chercheur, fonction, organisme d'appartenance)

#### Objectifs de l'entretien et Intérêt de l'entretien

Vous avez accepté de participer à cette nouvelle étape de la recherche, nous vous en remercions chaleureusement. Cet entretien que nous allons avoir nous servira à formuler des recommandations pour un plan de prévention des conduites suicidaires au sein des CFA. Comme vous le savez et comme vous l'avez certainement vécu, des requérants peuvent manifester des conduites suicidaires et quelques fois, beaucoup plus rarement, se suicider. Notre objectif, au travers de cet entretien et de l'ensemble de la recherche, est de proposer des améliorations qui profitent aux requérants ainsi qu'aux collaborateurs dans la gestion de ces moments particulièrement difficiles.

#### Déontologie : anonymat, confidentialité, liberté de répondre

Sachez que nous n'avons pas consulté votre questionnaire en ligne, qui sera traité de façon séparée et anonyme. Par conséquent, nous ignorons ce que vous avez répondu lors de la première phase de recherche.

Tout ce que vous pourriez nous dire sera anonymisé, de sorte qu'il ne sera pas possible de vous identifier. Personne du SEM ou parmi vos collègues et supérieurs n'est informé de cette démarche. Bien entendu, vous pouvez interrompre l'entretien sans avoir à vous justifier et/ou ne pas répondre à une question si vous le souhaitez.

### Modalités de réalisation

Notre entretien durera entre 40 minutes et 1 heure et sera organisé autour de quelques questions. L'entretien n'est pas enregistré mais nous prendrons note de vos idées et des mots exacts et des exemples que vous pourriez nous donner. Notre objectif est de réussir à transcrire le plus fidèlement possible ce que vous nous direz.

### Acceptation de participation

Êtes-vous toujours favorable pour cet entretien ? Pouvons-nous commencer ?

## QUESTIONS

---

Il vous est certainement arrivé d'être exposé dans votre travail à un requérant qui manifeste des propos et/ou conduites suicidaires ou auto-dommageables (automutilations, etc.) ?

- OUI
- NON

---

Pouvez-vous nous expliquer très simplement et de façon brève, une des situations que vous avez vécues, celle de votre choix ?

Relance, si hésitation : tout simplement, la première à laquelle vous pensez

(Prendre note très synthétiquement de la situation et préciser si propos, conduites suicidaire explicites et/ou gestes auto-dommageables)

---

A votre avis, qu'est-ce qui a « provoqué » cette situation de « crise » chez le requérant ?

---

Renforcement/relance : Toutes les hypothèses et observations que vous nous avez communiqué sont utiles et riches d'enseignements.

---

A votre avis, est-ce que cette situation aurait pu être évitée ou gérée différemment ?

Pourriez-vous m'expliquer ?



---

Quelles seraient les **compétences** que vous et vos collègues (même profession), pourriez davantage développer pour prévenir ces situations et y faire face ?

---

Par quels moyens pourriez-vous développer ces compétences ?

Relances possibles : *qu'est-ce que vous pensez des formations, supervisions, etc.*  
*Est-ce que vous avez des idées de formations ?*

---

Quelles compétences « manquent » ou pourraient davantage être développées parmi les autres corps de métiers

En fonction, relancer prioritairement sur :

MédicHelp

ORS

Protectas

CARITAS

SEM

Enseignants

Aumôniers

---

Toujours à partir de l'expérience que vous nous avez partagé. Est-ce que vous percevez des améliorations possibles dans les **procédures, la gestion du quotidien ou l'organisation du CFA** qui auraient permis d'anticiper ou de mieux gérer cette situation ?

---

Dans les situations de « crise suicidaire », que pensez-vous de la **coordination** entre les différents intervenants à l'intérieur du CFA ?

Et avec l'hôpital ?

Des suggestions d'amélioration ?

---

Est-ce que vous avez d'autres idées que nous avons oublié d'évoquer et qui pourraient aider à améliorer les pratiques ?

---

Une dernière question :

Après qu'un requérant ait manifesté des propos et/ou conduites suicidaires ou auto-dommageables, est-ce que vous en discutez avec les autres intervenants et est-ce qu'il est possible de reprendre la situation et sa coordination ?

Est-ce qu'il y a des interventions auprès du requérant suite à l'évènement ?

---

Notes personnelles et impressions / idées à retenir

## ANNEXES 8

---

### Analyse détaillée des deux cas de suicide au CFA de Boudry

Nous avons repris les fiches d'intervention et les différentes communications autour des deux situations de suicides. La faible prévalence de suicides ces deux dernières années dans les CFA nous permet d'écarter l'hypothèse d'une surreprésentation de la mortalité dans les centres en comparaison à la population générale.

L'analyse de ces deux cas tend à l'amélioration de nos connaissances et l'identification des forces et des faiblesses du fonctionnement actuel des CFA.

#### Homme de 40 ans, CFA de Boudry – suicide sur les chemins de fer

No DE FICHES : 4.

No D'INTERVENTIONS OU CONTACTS CONCERNANT LE RA, EN PLUS DES FICHES : (3).

10.12.2020, (11.12.2020), 12.12.2020, 16.12.2020, (17.12.2020), 23.12.2020, (23.12.2020).

#### DESCRIPTION DES FICHES

**10.12.2020 : Entre 17h45 et 20h20 / 11.12.2020 : 18h15. (Fiche d'intervention).**

- Le requérant d'asile (RA) est en état d'ébriété, insultant. Au vu de son état on lui refuse de rentrer dans le CFA, mais peut attendre dans la salle d'attente de CARITAS. Il exprime des idées suicidaires et part en direction des voies ferrées.
- Il est retrouvé allongé sur les voies par des agents, et le personnel de CARITAS réussi à le convaincre de revenir au bâtiment.
- MedicHelp est averti. Pendant ce temps le requérant d'asile est toujours agressif et menace de se suicider.
- La police est avertie, ainsi que le 144. Le requérant d'asile est amené dans un lieu non précisé.
- Il revient le lendemain 11.12.2020 vers 18h15.

#### Commentaires :

Sur la fiche d'intervention, sur *MOTIFS D'INTERVENTION* on ne mentionne que « Infraction règlement », or il s'agit clairement d'une « urgence médicale ». Une telle manière de faire peut conduire à ce que des incidents en lien avec le risque suicidaire passent inaperçus. Par ailleurs, sur les colonnes *BLESSÉ(S)* ou sur *ÉTAT* il n'y a aucune mention du fait qu'il y a un trouble psychique (alcoolisé et avec des idées suicidaires). Cet item descriptif devrait être ajouté, afin de mieux identifier les événements, notamment en lien avec des troubles psychiques.

Sur la partie *SIGNALEMENT D'INCIDENT PARTICULIER*, il n'y a pas de précision sur où le requérant d'asile a été amené par la police à la fin de l'intervention : Évaluation aux urgences

psychiatriques ? Hospitalisation ? Poste de Police ? Et à son retour nous ne savons pas ce qu'il faut faire pour la suite, au niveau sanitaire.

**12.12.2020 : Entre 11h30 et 12h35. (Fiche d'intervention).**

- Le requérant d'asile se présente au portail d'entrée avec une bière, mais sans signe d'alcoolisation. Il peut rentrer, au vu de l'instabilité mentale et des menaces de suicide.
- Le requérant d'asile s'énerve avec d'autres requérant d'asile qui servent le repas de midi. Des agents de sécurité interviennent et après tentative de désescalade infructueuse décident de le sortir des locaux.
- Le requérant d'asile menace les agents de mort, de casser des voitures et de se faire du mal.
- La police est appelée et le requérant d'asile est arrêté.

**Commentaires :**

Comme sur la fiche d'intervention précédente, sur *MOTIFS D'INTERVENTION* on ne mentionne pas qu'il s'agit aussi d'une « urgence médicale », car il a exprimé des idées suicidaires avec l'intention de passer à l'acte, et que deux jours avant il avait déjà fait une tentative de suicide. Sur la partie *SIGNALEMENT D'INCIDENT PARTICULIER*, il est décrit dans le texte qu'il a fait « des menaces de suicide », mais dans le titre rien n'est indiqué. Également, il n'y a pas de précision sur ce que la police a fait, et s'il y a eu ou pas une évaluation psychiatrique.

Dans les deux cas, pour le monitoring, il peut être plus difficile à repérer qu'il y a un risque suicidaire et quelles sont les éventuelles mesures à entreprendre.

**16.12.2020 : Entre 16h40 et 17h40 / 17.12.2020 : Entre 10h00 et 16h40. (Fiche d'intervention).**

- Attitude superposable aux autres événements. Alcoolisé et menaçant envers autrui et envers soi-même (menace de suicide).
- La police est appelée. Le requérant d'asile continue à se montrer outrageux envers les agents. Menace de porter plainte exprimée par la police.
- Taux d'alcoolémie de 0'99 ‰
- Départ de la police avec le RA. Il passera la nuit au poste.
- 17.12.2020 : Le requérant d'asile arrive au CFA sans pièce d'identité. En attendant d'être réintégré, il quitte le périmètre du centre.
- Il est retrouvé proche du bâtiment de CARITAS, et une professionnelle de CARITAS parvient à établir un lien et l'accompagne auprès de [MedicHelp](#). Rapidement il quittera le lieu et demandera à sortir du CFA, à nouveau en insultant.

**Commentaires :**

Idem que pour les fiches précédentes. Malgré qu'il ait un taux d'alcoolémie élevé et qu'il a eu des propos suicidaires avec l'intention de passer à l'acte il n'y a pas eu d'intervention psychiatrique à notre connaissance, ni proposition de suivi médical du RA.

**23.12.2020 : Entre 18h50 et 20h05. (Fiche d'intervention).**

- Le requérant d'asile se montre agressif envers le personnel qui distribue les repas. Il menace également le personnel ORS.
- Il est agité et il semble alcoolisé.

- Les agents le sortent du CFA et lui signifient qu'il pourrait réintégrer le CFA le lendemain. Il peut utiliser la cellule mise à disposition pour passer la nuit.
- Le requérant d'asile s'éloigne du CFA vers 19h05.

#### Commentaires :

Idem que pour les fiches précédentes.

#### **23.12.2020 (Fichet de communication reçue le 24.12.2020).**

L'intervention est datée du 23.12.2020 à 19h37, peu de temps après la dernière intervention des agents du CFA. Annonce que le requérant d'asile a été retrouvé sans vie sur la voie ferrée.

#### DISCUSSION

Les différentes interventions montrent un requérant d'asile avec une attitude toujours menaçante et en état d'ébriété qui rend difficile l'échange et la possibilité de tisser un lien de confiance. Les troubles du comportement sont clairement au premier plan et toutes les interventions visent à les contenir. Une approche de désescalade est utilisée, ce qui est adéquat dans ce type de situations.

Nous n'avons pas de détails sur ce qui est fait sur un plan médical, mais malgré plusieurs interventions de MedicHelp, l'ensemble des interventions des professionnels du CFA semblent surtout orienté afin de contenir le requérant d'asile face à son attitude menaçante envers autrui. Nous sommes conscients que l'attitude du requérant d'asile ne contribue pas du tout à faciliter la tâche du personnel du CFA, et qu'elle peut favoriser une forte contre-attitude à son égard. Toutefois, dès le début nous avons aussi des signes clairs d'un risque auto-agressif. Le requérant d'asile exprime à maintes reprises des idées suicidaires et lors de la première intervention, le 10.12.2020, nous savons que le requérant d'asile a fait une tentative de suicide, car il a été retrouvé sur les rails. Ceci aurait dû conditionner toute la suite des interventions et mettre en alerte le personnel du CFA et ne pas répondre exclusivement aux menaces hétéro-agressives, mais prendre en considération le risque d'un passage à l'acte suicidaire.

Nous manquons d'informations, mais à notre avis un suivi psychiatrique aurait été souhaitable. Une hospitalisation de courte durée en milieu psychiatrique et un suivi par le service MedicHelp, avec le soutien du service psychiatrique de la région aurait, peut-être, permis une autre issue. Dans ce type de situations il est parfois nécessaire de réaliser plusieurs hospitalisations courtes, afin de progressivement montrer au requérant d'asile que son état psychique est inquiétant et que nous souhaitons mieux comprendre les raisons de son mal-être qui l'amènent à réagir de la sorte.

#### AMÉLIORATIONS POSSIBLES

Il est possible d'améliorer :

- **La description des fiches d'intervention.** Sur *MOTIFS D'INTERVENTION* on ne mentionne pas qu'il s'agit d'une « urgence médicale ». Ceci peut avoir comme conséquence, qu'on ne repère pas correctement des incidents en lien avec un risque suicidaire. Sur *BLESSÉ(S)* ou sur *ÉTAT* il n'y a aucune mention du fait qu'il y a un trouble psychique (alcoolisé et avec des idées suicidaires). Cet item descriptif devrait être rajouté, afin de mieux identifier les événements, notamment en lien avec des troubles psychiques. Sur la partie *SIGNALEMENT D'INCIDENT PARTICULIER*, il n'y a pas de précision concernant le lieu où le requérant d'asile a été amené par la police à la fin de leurs interventions : Conduite aux urgences psychiatriques ? Hospitalisation ? Poste de

Police ? Et à son retour nous ne savons pas ce qu'il faut faire pour la suite, au niveau sanitaire.

- **La prise en charge sanitaire** doit inclure et impliquer également les autres corps de métier du CFA. Dès la première intervention, avec la menace de suicide et la tentative de suicide (sur les chemins de fer – ce qui est un geste clairement intentionnel, dangereux et potentiellement fatal), il aurait été nécessaire de mobiliser activement les services psychiatriques et solliciter une intervention, quitte à la répéter les jours suivants, à chaque fois qu'il était sous l'effet de l'alcool et qu'il exprimait des idées suicidaires. Nous pensons que l'absence de définitions claires sur ce qu'est une menace de suicide ou, notamment, une tentative de suicide ont pu contribuer à ne pas enclencher un suivi sanitaire. Des formations de rappel sur la prévention et gestion du risque suicidaire peuvent aider. L'absence de procédure sanitaire précise sur la prévention du risque suicidaire a pu aussi contribuer à cette issue fatale.

## Homme RMNA de 17 ans, CFA Boudry – suicide par pendaison

No DE FICHES : 3.

No D'INTERVENTIONS OU CONTACTS CONCERNANT LE RA, EN PLUS DES FICHES : (6).

(05.09.2019), (20.09.2019), (21.09.2019), (23.09.2019), 23.09.2019, 23.09.2019, 25.09.2019, (25.09.2019), (25.09.2019).

### DESCRIPTION DES FICHES

#### **05.09.19 (Notice interne).**

- Annonce que le requérant d'asile a été en prison jusqu'au 30 août 2019. Le Tribunal des mineurs informe qu'il est agressif, et qu'il avait menacé de s'agrafer avec une agrafeuse et qu'il avait insulté le procureur.
- À la suite de ces événements il a été amené à un hôpital et un PLAFA (Placement à des Fins d'Assistance) a été mis en place avec hospitalisation en milieu psychiatrique.

#### **20.09.2019 : 21h45 (Fiche d'intervention datée du 23.09.19).**

- Il s'est montré agressif envers les agents. La police est appelée.

#### **20.09.19 (Fiche de communication Police Neuchâteloise, événement du 20.09.19, reçu le 21.09.19).**

- Le requérant d'asile avait fugué et a été ramené par la police. Il s'est montré agressif envers les agents et placé en cellule par la police.

#### **21.09.2019 : 18h15 (Fiche d'intervention datée du 23.09.19).**

- Il s'est montré agressif envers les agents. La police est appelée.

#### **21.09.19 (Fiche de communication Police Neuchâteloise, événement du 21.09.19, reçu le 22.09.19).**

- Le requérant d'asile est retrouvé couché sur une voiture. Il se montre menaçant et agressif, et frappe un agent. Il a dû être maîtrisé de force et mis en cellule.
- Le requérant d'asile déclare vouloir retourner à son pays d'origine et refuse de séjourner dans le CFA de Boudry.

#### **23.09.19 (Fiche de communication Police Neuchâteloise, événement du 23.09.19, reçu le 24.09.19).**

- Lors de l'audition au tribunal du 22.09.19, le requérant d'asile a menacé de tuer ou de se tuer s'il n'est pas mis en cellule le temps de son renvoi à son pays d'origine. Il déclare être majeur.
- À la suite des menaces il a été orienté vers le service d'urgences psychiatriques de la région. Ils n'ont pas jugé nécessaire de l'hospitaliser étant donné qu'il n'avait pas selon leur évaluation de troubles psychiatriques, mais l'ont considéré comme dangereux.
- Concernant la demande du requérant d'asile de retourner à son pays d'origine, le SMIG n'a pas voulu entrer en matière en attendant la décision du SEM.

- De retour au CFA, le requérant d'asile continue de menacer de tuer quelqu'un s'il devait être libéré. À la suite de ces menaces, le procureur a décidé de prolonger sa mise en cellule. Une audition avec le SEM le 24.09.19 concernant son renvoi est prévue.

**25.09.2019 : Entre 10h05 et 14h00 (Fiche d'intervention).**

- Le requérant d'asile est retrouvé pendu derrière la porte cabine d'une des loges du CFA de Boudry. Il s'est pendu avec la ficelle qui servait à la bâche extérieure.
- Un requérant d'asile aide l'agent à dépendre le RA. Celui-ci est en arrêt cardio-respiratoire. Entament la réanimation cardio-respiratoire (massage cardiaque plus défibrillateur). Le 144 est appelé rapidement.
- Quand les ambulanciers arrivent, ils prennent la relève des agents à la réanimation. Les agents maintiennent à l'écart les autres RA.
- A 14h le décès est annoncé.

**25.09.19 (Fiche de communication Police Neuchâteloise, événement du 25.09.19, reçu le 26.09.19).**

- Sur cette communication, il est précisé que le requérant d'asile a pu récupérer le pouls, lors de la réanimation au CFA et qu'il a été amené à l'hôpital, mais son état était critique et il finit par décéder.

**25.09.19 (Mail du SEM aux équipes professionnelles du CFA de Boudry).**

- Certains requérant d'asile ont été directement en lien avec l'événement et ont sollicité de passer la nuit auprès de leur famille, en dehors du CFA. Les responsables ont estimé que cela serait trop compliqué à gérer et ont proposé que les proches puissent venir rendre visite aux RA.
- Il est prévu que le lendemain, les requérant d'asile exposés soient pris en charge par le service des urgences psychiatriques.

**DISCUSSION**

Les différentes fiches montrent un requérant d'asile avec une attitude toujours menaçante et, en même temps, demandeur d'être contenu en cellule. Les professionnels du CFA, la police, ainsi que le tribunal, ont réagi de manière adéquate. Les propos suicidaires ont été rapidement considérés comme crédibles par le tribunal et le requérant d'asile a été orienté vers les urgences psychiatriques.

Nous manquons d'informations plus précises, mais le service des urgences psychiatriques n'a pas considéré que le requérant d'asile souffrait de troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation. Cependant, ils ont considéré le requérant d'asile comme dangereux.

Après coup, il est toujours plus facile d'estimer qu'une brève hospitalisation d'observation ou une réévaluation le lendemain auraient été adéquates. Bien qu'une hospitalisation ne soit pas toujours indiquée, il est toujours souhaitable de proposer une réévaluation le lendemain afin de s'assurer que le risque suicidaire est mieux contrôlé.

Nous apprécions, à la lecture des fiches, que lors de la réanimation, l'intervention des agents était adéquate (ils sont parvenus à récupérer la fonction cardiaque), montrant que la procédure sanitaire était connue et qu'ils étaient entraînés. Par la suite, il a été proposé des mesures de soutien pour les requérants d'asile qui ont assisté à l'événement, favorisant le contact avec des personnes de leur famille, mais aussi avec une prise en charge rapide par le service des urgences psychiatriques de la région. Toutes ces mesures post-événement sont excellentes.



### **AMÉLIORATIONS POSSIBLES**

Nous n'avons pas d'améliorations à proposer concernant l'intervention des professionnels du CFA, en revanche nous nous interrogeons sur les modes de communication et de collaboration avec les partenaires externes, et les informations qui ont été transmises par l'institution sanitaire externe au CFA. Il serait souhaitable d'améliorer la coordination avec les partenaires externes.

## ANNEXES 9

---

### Propositions de définitions autour de la suicidalité

- **Suicidalité** : comprend l'ensemble des pensées, des impulsions et des actes suicidaires, qu'il s'agisse du désir de « faire une pause » (au risque de mourir), du fait d'envisager le suicide comme une possibilité, de la planification d'un acte suicidaire ou de la mise en œuvre ciblée ou impulsive (Wolfersdorf, 2008), en raison d'une situation de crise aiguë ou d'une maladie psychique, et qui peuvent amener au suicide.
- **Propos suicidaires** : expression d'idées suicidaires, acte de manifester l'envie de se suicider, sans considération du moyen (écrit ou verbal), ni de l'intentionnalité.
- **Tentative de suicide** : geste auto-dommageable, par lequel on sait que la personne souhaitait mettre fin à sa vie.
- **Suicide** (vs. Accident) : le terme suicide vient du latin « *sui caedere* » - se tuer. Le suicide est donc avant tout un acte d'autodestruction, non une maladie (WHO, 2014, p.12). Toutefois, il peut être difficile à différencier d'un accident dans certains cas. Dans le doute nous proposons de considérer toujours la possibilité du suicide comme la cause du décès, notamment quand la personne a précédemment exprimé des idées suicidaires, et même si elle est sous l'effet de l'alcool ou de drogues, y compris chez les enfants.
- **Geste auto-dommageable** (« Self-harm ») : « toute lésion auto-infligée n'ayant pas conduit au décès, sans considération du degré d'intentionnalité suicidaire du geste. Cette définition très ouverte permet de placer la tentative de suicide sur un continuum prenant les lésions auto-infligées avec des degrés d'intentionnalité suicidaire progressifs » (Groupe Romand Prévention Suicide, 2019). Les tentatives de suicide y sont comprises, ainsi que les automutilations, scarifications et toutes les autres formes d'auto-agression.
- **Chantage** : Nous proposons d'enlever cette considération de tout rapport, ou de bien préciser que l'expression d'idées suicidaires est concomitante à une démarche de revendication ou de protestation. En aucun cas le soupçon de « chantage » devrait justifier de ne pas considérer des propos suicidaires en tant que telle.