

Protection et assistance aux populations affectées par la violence des gangs en Haïti

Évaluation des comportements suicidaires et prévention du suicide dans la Zone Métropolitaine de Port-au-Prince

Rapport d'évaluation

Mars 2024

Cecilie ALESSANDRI et

Lou BENMENNI-LEPRINCE

Psychologues,

spécialistes en santé mentale et comportements suicidaires

Cette évaluation a été réalisée et rédigée par **Cecilie ALESSANDRI** et **Lou BENMENNI-LEPRINCE**, psychologues et spécialistes des comportements suicidaires et prévention suicide.

Les enquêtes et rencontres de terrain ont été organisées en février et mars 2024, en présentiel à Port au Prince et à distance pour certains entretiens. Ce travail a été coordonné par l'OIM et réalisé au sein du département protection.

Nous remercions chaleureusement pour leurs informations et contributions :

- ➔ Les partenaires de l'OIM et les acteurs de la réponse d'urgence interrogés pour le partage de leur expérience auprès des populations déplacées interne.
- ➔ Le lead et l'ensemble des participants du cluster santé mentale pour les échanges et informations partagées.
- ➔ Les personnes déplacées interne et les communautés hôtes pour leur accueil et leurs témoignages indispensables à la réalisation de cette évaluation.

Cette évaluation s'inscrit dans le cadre du projet « **Assurer la protection et l'assistance aux populations affectées par la violence des gangs en Haïti** » financé par le Bureau d'Assistance Humanitaire (Bureau of Humanitarian Assistance – BHA).



L'OIM : Créée en 1951, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) est l'organisation intergouvernementale chef de file dans le domaine de la migration. Elle est attachée au principe selon lequel des migrations qui s'effectuent en bon ordre et dans le respect de la dignité humaine sont bénéfiques aux migrants et à la société.

Elle œuvre de concert avec ses partenaires de la communauté internationale pour aider à relever les défis opérationnels croissants de la migration, améliorer la compréhension des questions migratoires, encourager le développement économique et social par la migration et préserver le bien-être et les droits humains des migrants. Pour plus d'informations sur l'OIM, veuillez visiter : <https://www.iom.int/mission>

CONTENU

CONTENU	2
ACRONYMES	3
INTRODUCTION	5
1. CONTEXTE MIGRATOIRE HAÏTIEN	6
1.1 DIASPORA HAÏTIENNE	6
1.2 ÉMIGRATION PRÉCAIRE/IRRÉGULIÈRE	6
1.3 DÉPLACEMENTS INTERNES	7
2. ÉVALUATION DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES	9
2.1 PRÉSENTATION GLOBALE DU BILAN DE L'ANALYSE	9
2.2 IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES	9
2.2.1 Problèmes politiques	10
2.2.2 Difficultés économiques	10
2.2.3 Catastrophes naturelles	11
2.2.4 Gangs et violences urbaines	11
2.3 IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DES DÉPLACEMENTS	13
2.3.1 Le quotidien dans les sites	13
2.3.2 Impacts de la présence des déplacés sur les communautés hôtes	14
2.3.3 Impacts sur les intervenants de première ligne	15
2.3.4 Santé mentale et protection : enjeux majeurs de la migration	16
2.4 MANIFESTATIONS DE LA DÉTRESSE ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES IDENTIFIÉS	17
2.4.1 Santé mentale et bien-être psychosocial	17
2.4.1.1 Définitions générales	17
2.4.1.2 Perception Haïtienne de la santé mentale	18
2.4.1.3 Manifestations de la détresse et solutions identifiées en Haïti	19
2.4.2 Définitions et représentations concernant les comportements suicidaires	20
2.4.2.1 Connaissances générales	20
2.4.2.2 Représentations Haïtiennes autour du suicide	21
2.4.2.3 Comportements suicidaires	23
3. RESSOURCES DISPONIBLES ET LEURS LIMITES	25
3.1.1 Les ONG et les agences des Nations Unies	25
3.1.2 Les instances de l'État	28
3.1.3 Ressources religieuses et culturelles	29
4. INTERVENTION PROPOSÉE	31
4.1 STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU SUICIDE	31
4.2 PROPOSITION D'INTERVENTION EN PRÉVENTION DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES EN HAÏTI	32
4.2.1 Objectif Global : réduire le risque suicidaire	33
4.2.2 Objectif spécifique 1 : Renforcer les services de l'État	33
4.2.2.1 Résultat 1.1 : Développer les connaissances	33
4.2.2.2 Résultat 1.2 : Renforcer les mécanismes de coordination	33
4.2.2.3 Résultat 1.3 : Assurer la disponibilité d'une stratégie nationale de prévention du suicide	34
4.2.3 Objectif spécifique 2 : Renforcer le soutien psychosocial auprès des PDIs	34
4.2.3.1 Résultat 2.1 : Mise en œuvre des activités de SPS	34
4.2.3.2 Résultat 2.2 : Assurer l'accessibilité des activités de SPS	35
4.2.3.3 Résultat 2.3 : Assurer la qualité des interventions en SPS	35
4.2.4 Objectif spécifique 3 : Améliorer la prise en charge en santé mentale	35
4.2.4.1 Résultat 3.1 : Renforcer la disponibilité de personnel qualifié en SM	35
4.2.4.2 Résultat 3.2 : Rendre les services de SM plus accessibles et disponibles	36
4.2.4.3 Résultat 3.3 : Renforcer la collaboration entre les services de SM et les services communautaires	36
5. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION	37
5.1 PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	37
5.2 CONCLUSION	38
RÉFÉRENCES	39

ACRONYMES

AHPsy	Association Haïtienne de Psychologie
BHA	Bureau of Humanitarian Assistance (Bureau d'Assistance Humanitaire)
BINUH	Bureau Intégré des Nations Unies en Haïti
PSSBC	Premiers Secours en Santé à Base Communautaire
CDC	Center for Disease Control (Centre de Contrôle des Maladies)
CDS	Centre de Santé
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIPUH	Centre d'Intervention Psychothérapeutique d'Urgence d'Haïti
CPI	Comité Permanent Interorganisations
DGPC	Direction Générale de la Protection Civile
DSM	Diagnostic and Statistical Manual (of mental disorders)
DSO	Direction Sanitaire de l'Ouest
DTM	Displacement Tracking Matrix (Matrice de suivi des déplacements)
EQUIP	Ensuring Quality in Psychological Support (Assurer la qualité du soutien psychologique)
ESM	Écouteur de Santé Mentale
FoSREF	Fondation pour la Santé Reproductrice et l'Éducation Familiale
HFPS	High Frequency Phone Survey (Enquêtes à Haute Fréquence par téléphone)
HSH	Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IASC	Inter-Agency Standing Committee
IESM	Instrument d'Évaluation des Système de santé Mentale
ISPD	Institut pour la Santé, la Population et le Développement
LGBT	Lesbiennes, Gay, Bi et Trans
MDM	Médecins du Monde
mhGAP	Mental Health Gap Action Programme
MSF	Médecins Sans Frontières
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OEA	Organisation des États Américains
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAP	Port-au-Prince
PDI/DI	Personnes Déplacées Internes / Déplacés internes
PIB	Produit Intérieur Brut
PREP	Prophylaxie Pré Exposition
PSM	Professionnelle de Santé Mentale
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SM	Santé Mentale
SMI	Santé Materno-Infantile
SMSPS	Santé Mentale et Soutien Psychosocial

SPS	Soutien Psychosocial
SSPT	Syndrome de Stress Post Traumatique
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TS	Tentative de Suicide
UEH	Université d'État d'Haïti
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
UNICEF	United Nations - International Children Emergency Fund
USM	Unité de Santé Mentale
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
ZMPAP	Zone Métropolitaine de Port-au-Prince



INTRODUCTION

L'évaluation des comportements suicidaires (suicides, planifications et tentatives de suicides) parmi les personnes déplacées interne (PDI) dans la Zone Métropolitaine de Port-au-Prince (ZMPAP) présentée dans ce rapport propose de comprendre le lien possible entre la situation migratoire des Haïtiens et le risque suicidaire éventuel. Elle s'inscrit dans un contexte difficile, avec une histoire complexe et une culture forte et ancrée qu'il est nécessaire de prendre en compte.

Le 1er janvier 1804, les Haïtiens ont proclamé leur indépendance à la suite d'une révolte des esclaves contre les colons français. Deux siècles plus tard, Haïti figure parmi les pays les plus pauvres de la planète.

Sur le plan de sa politique intérieure, Haïti a été marqué par plusieurs coups d'État, avant l'avènement au pouvoir de François Duvalier, en 1957. Celui-ci instaure un régime autoritaire qui exerce une sévère répression contre toute forme d'opposition. À la mort de Duvalier, en 1971, son fils Jean-Claude lui succède à la tête du pays et ce pendant 15 ans. La contestation qui s'amplifie depuis quelques années entraîne en 1986, le départ de Duvalier en exil. La Constitution adoptée en 1987 prévoit des réformes démocratiques, mais les militaires reprennent le contrôle du pays qui est brièvement dirigé par un président élu, Jean-Bertrand Aristide, en 1990-1991. Forcé à l'exil par l'armée, celui-ci revient au pouvoir en 1994 avec l'appui des Américains. Malgré la tenue d'élections, la vie politique du pays demeure instable et imprévisible.

La population, qui vivait déjà dans une grande pauvreté, est éprouvée par un tremblement de terre de forte intensité en janvier 2010, affaiblissant encore le gouvernement et aggravant les vulnérabilités diverses des Haïtiens. Des manifestations secouent le pays en 2018 et 2019, alors que les premiers ministres continuent de se succéder après de courtes présences au pouvoir. En juillet 2021 la « perle des Antilles » est perturbée par un autre bouleversement politique lorsque le président Jovenel Moïse est assassiné par un commando qui s'est introduit sans résistance dans sa propriété.

Selon la Banque Mondiale (Banque Mondiale, 2023), le développement économique et social d'Haïti continue d'être entravé par l'instabilité politique, l'augmentation de la violence, entraînant un niveau d'insécurité sans précédent et une fragilité exacerbée. Haïti reste le pays le plus pauvre de la région Amérique latine et Caraïbes et parmi les pays les plus pauvres du monde. En 2022, Haïti avait un PIB par habitant de 1 745,9 dollars américains et un indice de GINI de 41,1. Selon l'indice de développement humain de l'ONU, Haïti est classée 163 sur 191 pays en 2022.

Selon l'indice du capital humain, un enfant né aujourd'hui en Haïti ne deviendra que 45% aussi productif qu'il pourrait l'être s'il avait bénéficié d'une éducation et d'une santé complètes. Plus d'un cinquième des enfants sont à risque de limitations cognitives et physiques, et seulement 78% des jeunes de 15 ans survivront jusqu'à 60 ans.

Toute cette histoire a contribué à altérer le bien-être de la population Haïtienne, dont la santé mentale semble de plus en plus fragilisée par la multiplicité des épreuves qu'elle doit affronter. Le travail de recherche effectué sur le contexte historique, social, culturel et religieux en Haïti a mis en avant des données probantes sur les problématiques de santé mentale liées au parcours migratoire, aux comportements suicidaires et aux modèles de prévention du risque suicidaire.

Ces recherches ont été employées pour éclairer la situation actuelle dans le pays et proposer une lecture ethnoculturelle des enjeux de santé mentale. Les apports théoriques ont été associés à une méthodologie d'enquête de terrain. Les entretiens semi-directifs menés auprès d'informateurs clés impliqués dans le soutien aux populations déplacées dans la ZMPAP, des discussions et échanges avec des groupes ciblés, notamment auprès de PDIs et de membres des communautés hôtes, ainsi que des visites de sites ont contribué à enrichir, actualiser et contextualiser ces apports littéraires.

L'analyse des données collectées livre notamment un aperçu actuel des représentations du suicide et de la santé mentale au sein de la population Haïtienne, puis se poursuit par l'identification des facteurs de risque, et offre une description des impacts des déplacements, et aussi des manifestations de la détresse et des comportements suicidaires identifiés. Cette analyse propose enfin une présentation de quelques-unes des ressources disponibles ainsi que les limites qu'elles ont identifiées pour soutenir les PDIs.

Dans le but de contribuer à l'effort collectif nécessaire à la diminution du risque suicidaire au sein des PDI de la ZMPAP, cette évaluation suggère des modalités d'intervention s'articulant autour de trois axes spécifiques :

- ➔ Le renforcement des capacités et compétences techniques des services de l'état dans les domaines de la santé mentale et de la prévention du suicide ;
- ➔ Le renforcement du bien-être psychosocial des déplacés internes de Port-Au-Prince ;
- ➔ L'amélioration de la prise en charge spécialisée en santé mentale et du risque suicidaire.

1. CONTEXTE MIGRATOIRE HAÏTIEN

Comme tous les pays, Haïti a connu et connaît encore des vagues de migrations volontaires et subies, internes et internationales, ou circulatoires. Cependant le territoire Haïtien est principalement un pays d'émigration, avec un stock d'émigrés qui s'accroît et a plus que doublé au cours des dernières décennies.

Le nombre d'émigrants est passé de 520 000 (7,4% de la population) en 1990 à près de 1.2 million d'Haïtiens vivant à l'étranger en 2015, soit près de 11% de la population. L'instabilité politique, l'oppression économique et/ou les catastrophes naturelles ont amplifié les flux d'émigration (OCDE & Interuniversity Institute for Research and Development, 2017).

1.1 DIASPORA HAÏTIENNE

D'après les données des Nations Unies sur la population, les États-Unis sont le premier pays de destination, qui a accueilli environ 600 000 migrants Haïtiens (soit près de la moitié du stock total d'émigrés) en 2015. La République dominicaine arrive ensuite avec environ 320 000 migrants Haïtiens, puis le Canada et la France avec moins de 100 000 migrants chacun, et enfin les pays voisins dans les caraïbes.

La diaspora diffère d'une population en exil qui serait en fuite pour divers motifs et souvent peu organisée. Elle a souvent des relations plus ambivalentes avec le pays d'origine, et s'établit socialement et économiquement dans le pays d'accueil, tout en gardant des liens affectifs, politiques et parfois économiques avec le pays d'origine.

Même si la première vague de « fuite de cerveaux » a eu lieu dans le contexte de la répression politique, l'émigration documentée actuelle continue à comprendre un nombre important de nationaux hautement qualifiés, et des communautés diasporiques sont présentes dans des pays d'accueil tels que les États-Unis d'Amérique et le Canada, qui ont reçu dans la période quelques 64,3 % des émigrants Haïtiens (la plupart d'entre eux hautement qualifiés) et la France (Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), 2015).

Par ses envois de fonds – qui constituent environ 25 % du produit intérieur brut (PIB) Haïtien – la diaspora peut contribuer au développement du pays (OCDE & Interuniversity Institute for Research and Development, 2017). Toutefois la présence conséquente de cette diaspora, et souvent partie depuis longtemps, cause plusieurs difficultés.

La diasporisation du peuple Haïtien concerne l'équivalent de 15 % à 22 % de la population restée au pays selon que l'on se limite à la population émigrée ou que l'on inclut les deuxièmes générations. Haïti apparaît sans conteste comme l'un des pays au monde dont l'hémorragie des forces vives et des compétences professionnelles a été la plus spectaculaire au cours des cinquante dernières années (Audebert, 2012).

L'un des enjeux relatifs à la diasporisation réside dans la capacité des acteurs concernés à surmonter la fracture toujours profonde entre l'administration en place dans le pays, et des émigrés partis parfois depuis très longtemps mais dont l'attachement à Haïti reste intact. Du côté de la diaspora, cette fracture se nourrit des conditions souvent éprouvantes du départ en migration et d'un ressentiment vis-à-vis des régimes autoritaires successifs (en particulier la dictature duvaliériste) parfois directement à l'origine de l'exode. La défiance à l'endroit de l'État Haïtien est toujours d'actualité chez les émigrés, en particulier ceux dont l'histoire familiale est ponctuée de drames en lien direct avec la répression politique.

1.2 ÉMIGRATION PRÉCAIRE/IRRÉGULIÈRE

De nombreux Haïtiens ayant fui les violences, les difficultés financières ou encore les catastrophes naturelles tentent de s'installer dans les pays voisins, souvent de manière irrégulière, et vivent dans une grande précarité, faisant aussi face à des comportements de stigmatisation et d'exclusion de la part des populations des pays hôtes.

Alors que la situation politique et économique continue de se dégrader en Haïti, favorisant les violations des droits humains à grande échelle, les enlèvements et une violence généralisée, des dizaines de milliers de Haïtiens et de Haïtiennes traversent le continent américain à la recherche d'un endroit sûr. Mais les États de la région ne le leur fournissent généralement pas. Dans un rapport de 2021, Amnesty International montre que ces pays limitent l'accès des Haïtiens et Haïtiennes à la protection internationale et ne les protègent pas contre un ensemble de violations des droits humains dans les pays d'accueil, notamment la détention et les renvois forcés illégaux, ou « *push-back* », le chantage, le racisme envers les personnes noires, les atteintes aux droits humains telles que les violences liées au genre commises par des groupes armés, ou encore la misère. Les États doivent d'urgence offrir des mesures de protection aux personnes Haïtiennes, telles que l'asile et d'autres solutions leur permettant de s'installer légalement dans le pays, afin qu'elles puissent reconstruire leur vie en toute sécurité (Amnesty International, 2021).

Le collectif Haïti présente plusieurs situations de migrants Haïtiens dans différents pays (Collectif Haïti, 2003). Ces éléments mettent en évidence la grande précarité et la vulnérabilité de nombreux Haïtiens, notamment pour ceux qui ont fui récemment, qui sont en situation irrégulière et qui travaillent dans les secteurs de l'agriculture ou du tertiaire.

Par exemple, ce collectif écrit que l'activité des plantations de sucre privées et nationalisées repose sur l'importante réserve de travailleurs Haïtiens qui reçoivent des salaires dérisoires et qui sont soumis à des conditions de travail déplorables que la plupart des Dominicains ne sont pas prêts à accepter. La discrimination fondée sur l'origine ethnique, la langue et la nationalité est une réalité pour de nombreux travailleurs migrants Haïtiens et de nombreux Dominicains d'origine Haïtienne vivant en République dominicaine.

Au fur et à mesure que se développait l'immigration en Guyane dans les années 1980-90, les Haïtiens ont été désignés à plusieurs reprises, comme les responsables des problèmes socioéconomiques que rencontraient ce département. Par ailleurs, la Guyane a connu au cours de cette décennie plusieurs crises économiques touchant successivement tous ses secteurs d'activités. La plupart des Haïtiens, généralement employés dans les communes de l'intérieur comme travailleurs agricoles ou forestiers, ou occupant dans les villes des emplois de manœuvres dans les micro-entreprises, les commerces alimentaires, les garages ou les restaurants, le bâtiment ou les travaux publics, se sont retrouvés au chômage et leurs conditions de vies se sont rapidement dégradées.

La majorité des Haïtiens de Guadeloupe, de Saint-Martin et de Martinique vivent dans une situation de pauvreté, surtout ceux qui sont en situation irrégulière. Pour vivre, ces personnes en situation irrégulière travaillent clandestinement, c'est-à-dire sur un marché de travail illicite, surtout dans les champs de canne, dans les bananeraies, dans les cultures maraîchères et vivrières où certains habitent dans des cases ou des taudis.

Ces exemples montrent certaines des difficultés auxquelles les migrants Haïtiens peuvent être confrontés, difficultés s'ajoutant à celles qu'ils ont fui et pouvant affecter d'autant plus leur équilibre psychique.

1.3 DÉPLACEMENTS INTERNES

L'extrême brutalité à laquelle sont confrontés les Haïtiens aggrave les profondes inégalités, les niveaux élevés de privation des besoins fondamentaux et un environnement sécuritaire fragmenté.

Ces dernières années, l'instabilité politique et les difficultés économiques, entre autres, ont contribué à une recrudescence des affrontements entre gangs et causé une situation d'insécurité généralisée dans le pays et plus spécifiquement dans plusieurs communes de la Zone métropolitaine de Port-au-Prince.

Entre janvier 2022 et octobre 2023, plus de 1 690 personnes ont été tuées, blessées ou enlevées dans l'Artibonite. Ces violations sont en nette accélération depuis juillet 2022. Au moins 20 groupes criminels, incluant les gangs et les groupes d'autodéfense, sévissent dans cette région du pays (ReliefWeb, 2024).

Selon l'analyse des mouvements internes en Haïti (Organisation Internationale pour les Migrations (OIM)- DTM, 2023), 98% des déplacements sont justifiés par la violence et les attaques, et seulement 1% en raison des catastrophes naturelles et 1% pour prévenir les risques et par peur. Cette situation a entraîné le déplacement de dizaines de milliers de personnes, plus particulièrement dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince, dans le département de l'ouest. En effet, selon le rapport de l'OIM de décembre 2023 sur la situation des déplacements internes, 94% des personnes déplacées en Haïti sont originaires du département de l'Ouest (Organisation Internationale pour les Migrations (OIM)- DTM, 2023). Ce déplacement concerne les Haïtiens indépendamment de leur âge ou de leur genre. L'évaluation de l'OIM montre que les femmes, les enfants et les hommes ont été forcés de quitter leurs maisons à la recherche d'un abri loin de la violence et de la destruction.

Selon ce même rapport, il apparaît une accentuation de la dégradation de ce climat social et économique qui se traduit par une augmentation des violences et, de fait, une recrudescence des déplacements internes. La grande majorité des PDI sont déplacées en 2022 (29%), et en 2023 (58%).

*Les **personnes Déplacées Internes (PDI)** sont des personnes qui ont été forcées ou contraintes à fuir leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État.*

*Une **famille d'accueil**, dans le contexte des déplacements Haïtiens, est considérée comme une famille accueillant les personnes déplacées en son sein, contrairement aux personnes déplacées installées dans des sites spontanés.*

*Une **communauté hôte** est constituée de toute la population d'une localité accueillant les PDI, que ce soit dans des familles d'accueil ou dans des sites (Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), 2023)*

*Une **personne déplacée interne** est définie par son départ involontaire et le fait qu'elle reste dans son pays. Le départ involontaire permet de distinguer les personnes déplacées internes des personnes qui ont quitté leur foyer par choix et auraient sinon pu rester en sécurité là où elles vivaient. Le second explique pourquoi les PDI ne sont pas des réfugiés (UNHCR, 2008).*

Il y avait ainsi, fin 2023, 313 901 personnes déplacées internes dans le pays dont 55% d'enfants. À l'échelle nationale, 74% des déplacés sont en familles d'accueil et 26% en sites. Il y a 81 sites dans le pays et 74 d'entre eux sont localisés dans le département de l'ouest, qui regroupe également la plus grande majorité des déplacés (146 584). Dans cette zone, 55% des déplacés sont dans des sites, alors qu'à la fin de l'année 2022, seulement 25% des PDI étaient installées dans des sites. En s'appuyant sur les témoignages de PDI, l'OIM explique que beaucoup choisissent de se déplacer vers des sites spontanés plutôt que dans des familles d'accueil pour diverses raisons, notamment le manque de ressources financières suffisantes des familles hôtes pour les accueillir et le sentiment que les sites génèrent plus de cohésion et de solidarité (de nombreux déplacés internes d'un site sont issus d'un même quartier). La proximité géographique avec la zone de provenance, ou encore le manque de proches chez qui se réfugier sont également des motifs justifiant le choix du site plutôt que la famille d'accueil (Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), 2023).

Pourtant, les conditions dans les sites sont souvent très dégradées : insalubrité et difficultés sanitaires, incertitude quant à l'avenir, y compris l'avenir très proche, stigmatisation et violences verbales de la part des membres de la communauté hôte ou des autres résidents des sites font partie du quotidien de ces déplacés.

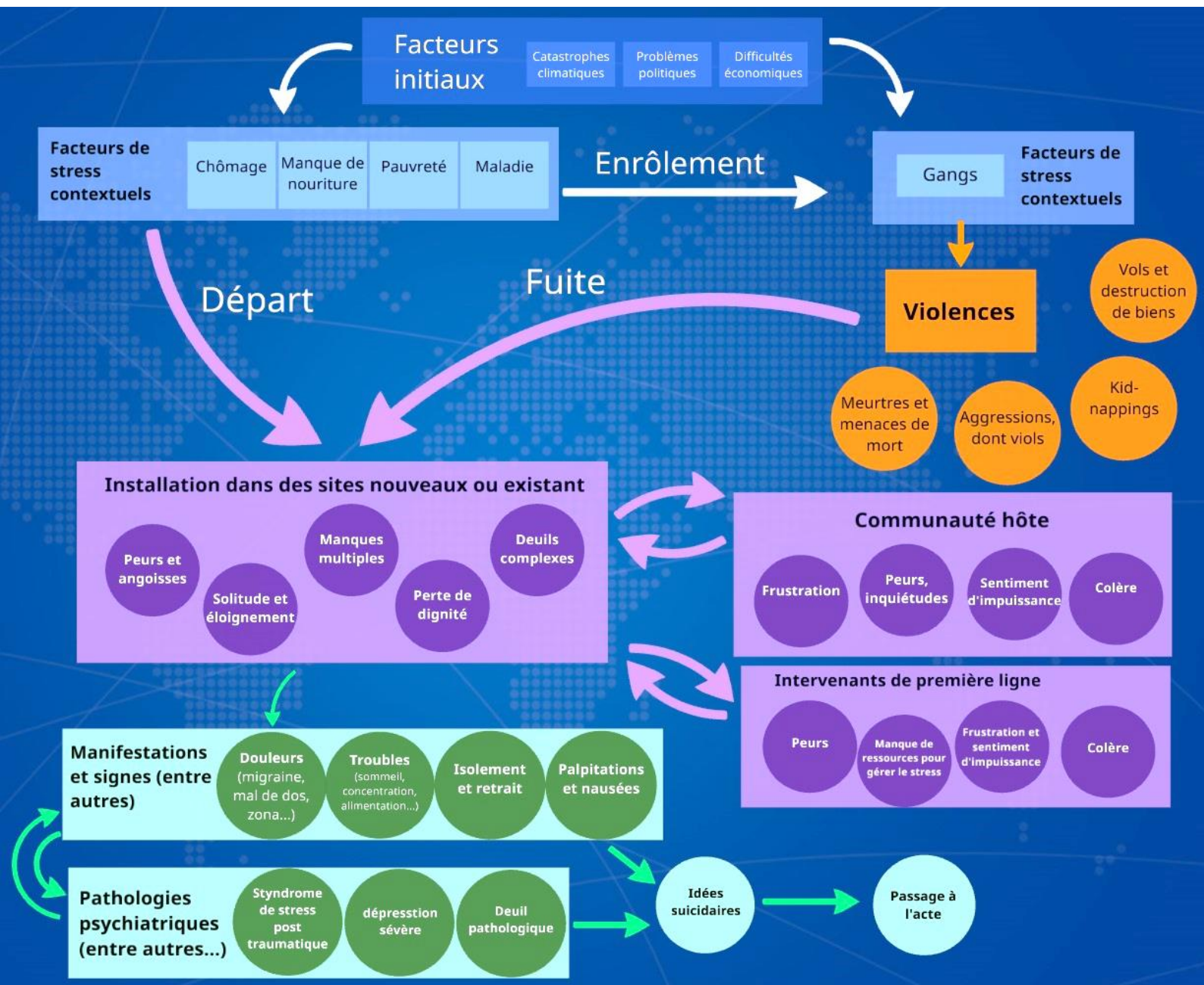
Un autre article de l'OIM explique en quoi les Haïtiens déplacés sont exposés à des risques accrus sur les sites improvisés (ReliefWeb, 2023). Cet article met en avant le fait qu'alors que la crise se prolonge, la capacité des communautés à accueillir les personnes déplacées s'érode, exposant les populations déplacées à des risques de protection plus importants, tels que les violences basées sur le genre, communautaires, et sexuelles, la discrimination et les abus. Il est donc essentiel de fournir une assistance aux familles d'accueil et de contribuer à renforcer leur résilience, car elles sont les premières à répondre à la crise. Dans ce même article, Yakin Mwanza, chargé du programme DTM de l'OIM en Haïti, a souligné que "les personnes déplacées dans des sites vivent dans des conditions précaires. Plus de la moitié des sites n'ont pas de latrines. Lorsque des latrines sont disponibles, elles ne répondent souvent pas aux normes minimales d'hygiène. Cette situation est très préoccupante si l'on considère que le choléra est toujours présent dans le pays".



2. ÉVALUATION DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

2.1 PRÉSENTATION GLOBALE DU BILAN DE L'ANALYSE

La présentation suivante synthétise les principales constatations issues des échanges et des observations durant la mission de terrain qui a complété et précisé les données collectées dans le cadre de la revue bibliographique :



Elle met en évidence la pluralité des facteurs causaux ainsi que les réactions en chaîne, les facteurs aggravants, entraînant une dégradation du bien-être psychosocial et une altération de la santé mentale, pouvant avoir pour issue fatale le passage à l'acte suicidaire.

2.2 IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES

Le contexte Haïtien et les événements qui le frappent régulièrement représentent autant de facteurs de risques d'altération de la santé mentale et du bien-être psychosocial.

3 facteurs ont été identifiés comme ayant un impact (direct et indirect) particulièrement négatif sur le bien-être psychosocial de la population Haïtienne. Ils sont liés entre eux et ont un impact fort et négatif les uns sur les autres, générant depuis longtemps un cercle vicieux dans lequel s'est enfermé le pays : les facteurs politiques, économiques, et ceux liés aux catastrophes naturelles.

2.2.1 Problèmes politiques

Le gouvernement Haïtien a depuis toujours été fragile et peine à mettre en place une politique favorisant le bien-être de sa population. Le séisme de 2010 a encore plus déstabilisé le pays et son gouvernement, qui n'a pas su faire face aux difficultés et augmenté les tensions au sein des populations, ainsi que la criminalité, allant jusqu'à l'assassinat du président.

Le Premier Ministre assure une gestion difficile de ce pays en crise, et peine à organiser des élections pour permettre la constitution d'un gouvernement légitime aux yeux de la population, entraînant des violences et des conflits internes de plus en plus violents¹.

Ces problèmes politiques freinent considérablement l'organisation des services étatiques. Les politiques sont soit inexistantes, soit peu ou pas appliquées. Les acteurs de la santé mentale sont concernés, avec peu de moyens alloués et une quantité trop faible de ressources humaines qualifiées disponibles pour répondre aux besoins immenses de la population.

Les gouvernements successifs n'ont jamais fait de la santé mentale une priorité. Par exemple, moins de 10 % du budget national est alloué à la santé et 80 % de cette somme se trouve affecté au paiement des salaires. Le budget alloué à la santé mentale représente, par conséquent, moins de 1 % du budget global réservé à la santé publique.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2011 un rapport sur le système de santé mentale en Haïti, dernier rapport officiel écrit. Il y est mentionné que le pays ne dispose entre autres que de 27 médecins-psychiatres (soit 0,28 médecin-psychiatre pour 100 000 habitants) et de 194 psychologues (soit 2 pour 100 000 habitants). Il y a peu de formations universitaires en psychologie. Aussi, chaque année, les nouvelles promotions sont trop limitées pour répondre aux besoins des Haïtiens. De plus, le manque de postes financés par le gouvernement ne permet pas d'assurer l'accès à ces professionnels par la population.

En 2014, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) écrivait, dans sa politique de la santé, que « La santé physique et mentale est un des droits inaliénables des êtres humains. La *Composante Santé Mentale* de la Politique Nationale de Santé établit un nouveau paradigme basé sur ces droits. Les services seront accessibles à tous et intégrés au Paquet Essentiel de Services (PES). Tous les Haïtiens et Haïtiennes auront accès à la promotion, à la prévention, au dépistage précoce, au traitement et à la réhabilitation grâce à des services à base communautaire et respectant les droits des personnes. »

Cependant, 10 ans après, les témoignages mettent en avant un accès trop limité, souvent peu qualifié, ou trop coûteux. Très peu bénéficient de soutien en santé mentale ou en soutien psychosocial, et la plupart des bénéficiaires ont profité de services encore proposés par des ONG.

Ainsi, l'instabilité et la faiblesse du gouvernement est source de tensions et de conflits, affectant la santé mentale de la population Haïtienne, et le manque d'investissement dans ce secteur par l'état combiné au manque de personnels qualifiés rendent les réponses adaptées trop réduites.

2.2.2 Difficultés économiques

La situation économique très difficile du pays affecte la population depuis longtemps. Cette situation, en partie liée à la dette historique importante du pays, contractée pour acquérir son indépendance, est accentuée à chaque nouvelle catastrophe (et a été particulièrement affectée par le séisme de 2010) et empire avec l'instabilité du gouvernement. Cela affecte l'ensemble des secteurs du pays : santé, éducation, sécurité... tous souffrent d'un manque important de moyens pour se développer et faire face aux besoins de la population.

Ainsi, ces 3 facteurs (économiques, gouvernementaux et environnementaux) sont intrinsèquement liés et contribuent tous à la détérioration de la santé mentale du peuple Haïtien dont les ressources pour faire face et surmonter les difficultés se réduisent continuellement.

Les conditions socio-économiques du pays sont dégradées, ce qui représente l'un des principaux déterminants sociaux en santé et a un impact négatif majeur sur la santé mentale des Haïtiens. Jeff M. Cadichon, docteur en psychologie clinique et psychopathologie, estime que les conditions sociales précaires constituent « un facteur de risque reconnu » pour la santé

Il n'y a pas beaucoup de professionnels de la santé mentale en Haïti.

Nous sommes à côté de la République Dominicaine où il y a plus de plus de 4000 psychologues et plus de 700 médecins psychiatre. À Cuba ils sont à plus de 10000 psychologues et plus d'1 millier de psychiatres.

Ici en Haïti il y a 200, peut-être 300 psychologues, et une trentaine de psychiatres.

R. JEAN-JACQUES

¹ Au moment de la rédaction de ce rapport, le PM a annoncé sa démission suite à l'escalade des violences ayant suivi son annonce de report des élections

mentale d'un individu. « Les catastrophes telles que le séisme du 12 janvier 2010, les troubles politiques, l'arrivée de l'épidémie de choléra en Haïti constituent des facteurs de risque du trouble post-traumatiques chez les survivants », selon lui (Hadson Archange, 2019).

Le contexte Haïtien global entraîne une augmentation du chômage, un accroissement des manques (de nourriture, d'eau, de soins, d'éducation, de logement...), un risque accru de maladies liées aux conditions de vie et à l'insalubrité, et aussi au manque d'accès à des soins de santé, y compris de santé mentale.

Si cette pauvreté touche un grand nombre d'Haïtiens, les déplacés souffrent particulièrement des manques et des conditions de vie dans les sites.

La perte de leurs biens et l'incapacité à se relever depuis une période parfois très longue, et qui s'étire dans le temps, détériore d'autant plus la santé mentale des personnes en réduisant leurs capacités de résistance à chaque événement de vie adverse.

Les gens n'ont pas les moyens de payer pour la santé. Ils ne peuvent pas payer les consultations, et ils ne peuvent pas payer les médicaments. Parfois ils vont chez le médecin-feuille pour avoir des traitements à base de plantes, mais même lui il faut le payer alors c'est difficile.

Président du comité (J.M. Vincent)

2.2.3 Catastrophes naturelles

Haïti reste l'un des pays du monde les plus vulnérables aux aléas naturels, principalement les ouragans, les inondations et les tremblements de terre. Plus de 96% de la population est exposée à ces types de chocs. Les catastrophes se multiplient dans ce pays fragile, et affectent considérablement la santé mentale et le bien-être psychosocial des Haïtiens. Une étude analysant les récits post-traumatiques dans le contexte post-séisme de 2010 en Haïti (Cadichon & Derivois, 2019) illustre le fait qu'à l'instar d'autres catastrophes naturelles et humaines, ce séisme a bouleversé radicalement l'équilibre psychique de nombreux survivants et a bousculé l'ordre établi à travers leurs valeurs, leurs croyances et leurs représentations. Les résultats de la phase quantitative de cette étude ont montré une prévalence de symptômes sévères de SSPT de 35,82 % chez des adolescents et jeunes adultes plus de 6 ans après le séisme de 2010 en Haïti.

La multiplicité des catastrophes qui touchent ce pays rendent d'autant plus difficile la capacité de résilience des Haïtiens ainsi que leur capacité à élaborer des projets et à se projeter positivement dans l'avenir. En effet, après le séisme dévastateur de 2010, Haïti a régulièrement été frappé par des ouragans meurtriers : Tomas en 2010 (3 morts), Isaac en 2012 (19 morts) et Sandy la même année (entre 60 et 100 morts), Matthew en 2016 (600 à 1000 morts), Irma en 2017 (au moins 1 mort). En plus des décès, chacun de ces ouragans entraîne de multiples blessures physiques et psychologiques, des dégâts importants, des pertes économiques massives, etc.

À ces ouragans s'ajoutent des sécheresses, des inondations, des glissements de terrain... le choléra, apparu dans le pays après le séisme de 2010, est devenu endémique et est réapparu suite à certaines de ces catastrophes. En 2018 et en 2021, de nouveaux séismes ont frappé Haïti faisant respectivement 17 et 2207 morts.

Les catastrophes diverses, multiples et intenses qui frappent Haïti ont des impacts très importants sur la santé mentale. Elles entraînent régulièrement des pertes humaines et matérielles, générant des deuils parfois complexes, et augmentant les angoisses quant aux prochaines catastrophes. La récurrence de ces événements génère souvent une incapacité à se projeter positivement dans l'avenir. L'appréhension d'une nouvelle catastrophe destructrice entraîne des difficultés importantes à garder espoir en un futur optimiste.

Le manque de capacités de l'état Haïtien à prévenir les conséquences catastrophiques de ces événements aggrave la situation, rendant ces événements plus destructeurs et les impacts négatifs plus durables. La résilience des Haïtiens, considérée comme une fierté du peuple, se dégrade continuellement et ses capacités d'adaptation se réduisent.

2.2.4 Gangs et violences urbaines

Ce contexte a facilité l'émergence de gangs. En opposition au gouvernement ou pour gagner de l'argent, plusieurs gangs se sont constitués, soutenus par des réseaux de trafics divers et lourdement armés. La pauvreté des populations peut aussi contribuer à faciliter l'enrôlement de nouveaux membres, attirés par l'argent leur permettant, au départ, de subvenir à des besoins de base auxquels le gouvernement ne les aide pas à répondre.

Ces gangs occasionnent de multiples violences, des vols, des meurtres, des kidnappings, des destructions... L'ensemble de ces facteurs entraînent soit le départ volontaire de quartiers où ils ont perdu tout ce qu'ils avaient suite à la faillite de leur commerce, ou, de plus en plus souvent, la fuite de quartiers détruits par les gangs.

La violence des acteurs armés non étatiques dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince (ZMPAP) est devenue une menace importante pour la vie et le bien-être de la population Haïtienne. Il s'agit d'un problème complexe résultant de la confluence de plusieurs facteurs, notamment un ordre social qui a longtemps été orienté vers l'exclusion, le contrôle du système

économique par une petite élite, la difficulté politique à promouvoir la cohésion sociale et l'augmentation conséquente de la violence et du contrôle des gangs dans la capitale.

Depuis 2018, la crise sociopolitique croissante qui sévit en Haïti a engendré le déplacement de près de 20 000 personnes dû à la violence accrue des gangs. Selon les données de l'OIM, en date du 18 novembre 2023, la vague de violence à Port-au-Prince a provoqué le déplacement de plus de 150 000 personnes, dont environ 40 000 dans 51 sites de déplacés internes et 115 000 dans 160 quartiers d'accueil.

De plus, la DGPC et l'OIM ont identifié plus de 9 000 personnes déplacées dans les départements du Sud et de la Grand 'Anse en raison de la violence des gangs dans la capitale, prouvant la dimension nationale de la violence.

Ainsi, la plupart des habitants de la ZMPAP vivent dans un état de grande vulnérabilité et font face à de nombreux types de menaces, notamment les risques de violence, les risques sanitaires et environnementaux, les formes aiguës de pauvreté et l'exploitation socio-économique.

« On est tous arrivés du même quartier. Tout a été détruit et il y a eu beaucoup de morts. »

« Je suis orphelin depuis que les gangs ont brûlé ma maison... Je ne sais pas comment m'en sortir... »

« J'ai perdu mon mari et 2 de mes 6 enfants dans les violences. J'ai envoyé mes 4 autres enfants chez des amis ou de la famille pour les protéger... »

Témoignages collectés lors d'une discussion de groupe avec des déplacés (Clercine)

De nombreux sites ne reçoivent pas le soutien nécessaire pour assurer des conditions minimales de vie digne. La violence basée sur le genre est devenue un instrument de terreur aux mains des gangs, utilisé pour exclure la majeure partie de la population de la ZMPAP de l'accès aux services de base et l'expose à des problèmes de protection critiques.

Cette violence est devenue, selon les témoignages, une des causes initiales de la détresse des personnes qui en ont été victimes. Les pertes humaines (de conjoints, d'enfants, d'amis), la destruction de maisons ou de commerce,

l'angoisse pendant la fuite, l'incertitude à l'arrivée sont autant d'éléments mentionnés par les déplacés comme sources de troubles importants de leur santé mentale.

Le suicide apparaît comme une des conséquences du stress élevé généré par cette violence et par l'incertitude généralisée qui touche notamment les personnes déplacées.

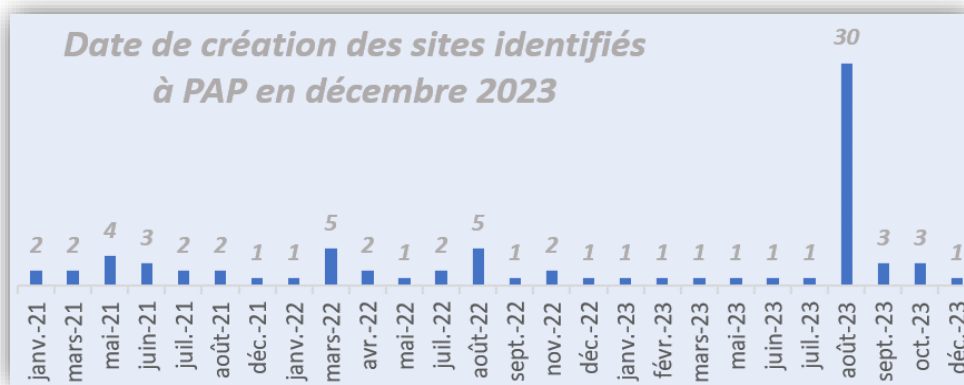
La création des sites est souvent liée aux actes de violences. Lorsque les gangs attaquent, ils « chassent » les habitants, volent ou brûlent leurs biens. Les anciens habitants fuient alors pour s'installer dans un lieu où ils se sentent moins menacés.

J'ai fui mon quartier quand on les bandits nous en ont chassé. On s'est tous installés au bord de la route, proche de l'ambassade américaine. Mais plus tard, la police nous en a chassé brutalement. On a été battus, gazés... La mairie nous a envoyé des bus et installés ici.

Témoignage d'une déplacée (J.M. Vincent)

Le graphique ci-dessous, créé à partir des données récentes du DTM de l'OIM, montre que l'apparition de nouveaux sites est régulière depuis janvier 2021 (2 sites créés en 2010 suite au séisme ne figurent pas sur ce graphique qui ne tient compte que des sites créés suite aux violences accrues ces dernières années). L'apparition de ces sites est souvent liée à des attaques dans certains quartiers.

Par exemple, en août 2023, l'apparition de 30 sites coïncide avec les assauts répétés d'un gang contre les habitants d'un quartier de Port-au-Prince qui ont fait 30 morts, dont 2 policiers, 4 disparus et plus d'une dizaine de blessés. Ces attaques ont entraîné le déplacement de plus de 5000 personnes.



Ce schéma permet aussi de constater que de nombreux sites sont présents depuis longtemps, certains depuis 3 ans. L'arrivée sans ressources dans ces sites s'accompagne souvent d'une longue période d'adaptation quotidienne avec des perspectives quasiment inexistantes d'issues positives.

2.3 IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DES DÉPLACEMENTS

2.3.1 Le quotidien dans les sites

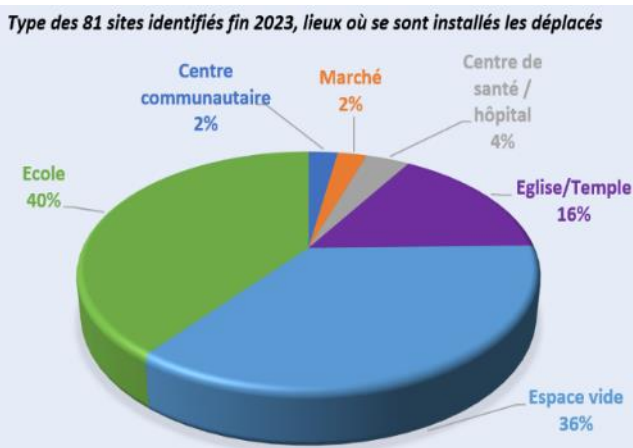
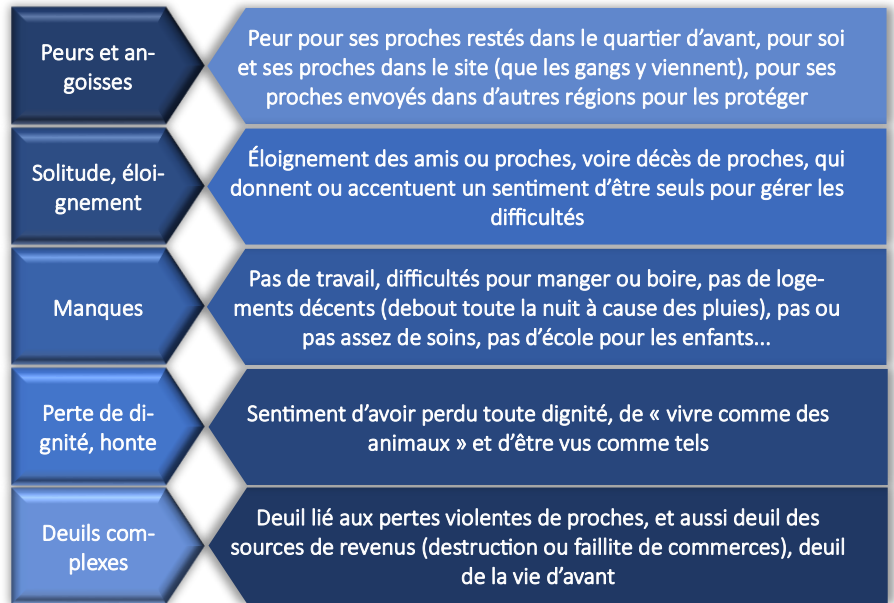
L'arrivée, l'installation et la vie dans les sites sont autant de facteurs de stress et de détresse. Lorsqu'elles arrivent sur un site, la plupart des personnes sont dans des situations d'anxiété importante et beaucoup ont subi de graves traumatismes. Ces personnes doivent alors faire face à une arrivée et une installation anxiogène et lourde d'incertitude. La plupart n'ont emporté que peu ou pas de biens lors de leur fuite, beaucoup s'interrogent sur la manière dont elles pourront se nourrir et nourrir leur famille le lendemain, comment dormir, le plus souvent avec un sentiment très fort d'insécurité.

Une fois installés, les perspectives restent souvent sombres et un quotidien difficile s'installe. L'inactivité, les manques multiples, l'insalubrité accentuent les impacts négatifs sur la santé mentale de personnes devant souvent gérer les traumatismes liés à leur fuite.

Les principales difficultés mentionnées par les personnes interrogées sont listées ci-contre.

Ces difficultés sont similaires quels que soient les déplacés rencontrés. Cependant, il existe certaines différences d'un site à l'autre pouvant rendre ces difficultés encore plus insupportables.

Les personnes déplacées se regroupent le plus souvent avec des personnes originaires de la même zone et ayant fui en même temps. Elles se rassemblent dans une église, sur une place publique, ou au bord d'une route. Dans quelques cas elles sont prises en charge par la municipalité et « installées » sur un lieu défini. Il est fréquent que ces personnes déplacées soient « délogées » d'un espace, de manière souvent brutale. Ils rejoignent alors un site existant ou créent un nouveau site.



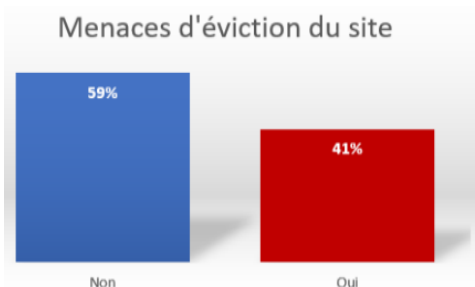
Le schéma ci-contre montre la répartition des 81 sites identifiés en décembre 2023 selon leur type d'installations (Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) - DTM, 2023). Si beaucoup sont dans des écoles (32/81), un nombre important se situe dans des espaces vides. Il s'agit de lieux n'ayant pas d'infrastructures, où les déplacés posent des draps, idéalement des bâches, et parfois des tentes.

Certains déplacés, qui avaient été accueillis au sein d'églises par exemple, en ont été « chassés » quand la situation a créé un manque à gagner pour l'église, ou suite aux plaintes du voisinage, trop difficiles pour les représentants religieux. Ainsi, la centaine de déplacés qui ont trouvé refuge au sein de la Nouvelle Église de Dieu de la délivrance en ont été expulsés et ont installé bâches et

tentes sur le bord de la route, en face, entraînant la colère des riverains et des comportements parfois violents de leur part. De même des déplacés installés proche d'une ambassade ont été évacués par la police et pris en charge par une mairie qui leur a octroyé une partie d'une école.

Les données collectées fin décembre 2023 faisaient état de 41% des sites menacés d'éviction.

L'inquiétude générée par cette menace augmente le stress des ménages installés dans ces sites, détériore leur estime d'eux-mêmes et altère leur dignité. Ces situations dégradent ainsi encore plus la santé mentale déjà fragile de ces déplacés.



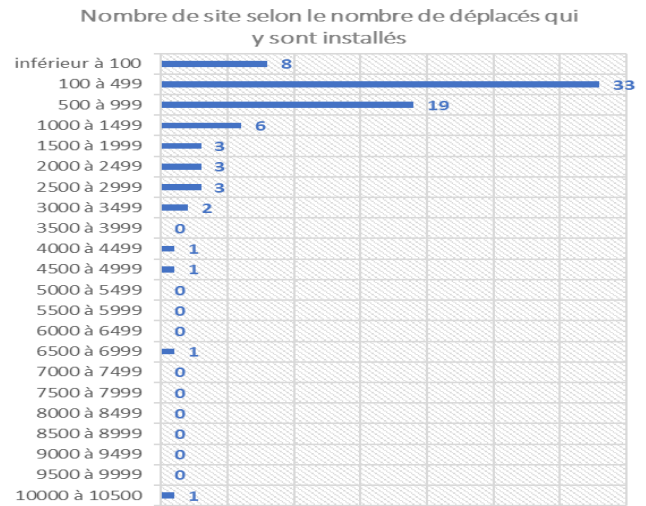
Par ailleurs, ces sites sont de taille très variable, ce qui peut aussi avoir un impact sur le quotidien.

Sur le graphique ci-contre on constate que la majorité des sites regroupe moins de 1000 personnes (74%). Cela peut s'expliquer par le fait que beaucoup de ces sites spontanés se créent sur des espaces restreints.

Les sites les plus vastes sont souvent encadrés par certaines autorités et coordonnés par des acteurs du gouvernement comme la Direction Sanitaire de l'Ouest (DSO).

La vie des personnes installées dans ces sites, bien que très précaire et de mauvaise qualité, présente certaines différences, notamment le fait que les plus vastes, étant généralement plus visibles et mieux gérés, sont mieux couverts par les acteurs humanitaires. Il est donc plus fréquent d'y trouver des services d'assistance et de protection, notamment dans les domaines de la santé et parfois de la santé mentale.

Il est donc important, dans le cadre de l'analyse et de la réponse, de prendre en considération ces spécificités et de s'assurer que tous les déplacés, quelle que soit la typologie du site dans lequel ils sont installés, puissent bénéficier des services d'assistance essentiels.



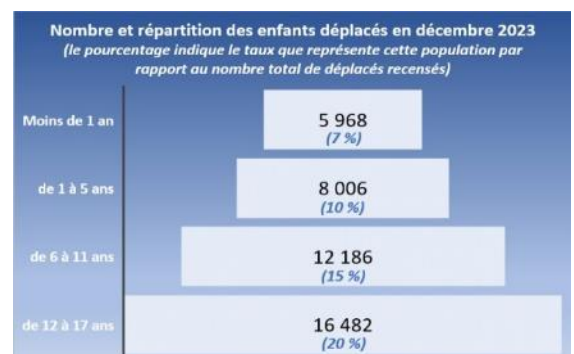
2.3.2 Impacts de la présence des déplacés sur les communautés hôtes

La présence de déplacés sur des sites improvisés dans des rues, des places publiques ou autres a un impact sur les habitants des quartiers concernés (état émotionnel, qualité de vie, relations interpersonnelles, etc.).

Plusieurs essaient d'aider car ils se sentent mal à l'aise de voir ces personnes en détresse, notamment lorsque la pluie trempe toutes leurs affaires et les empêche de dormir. Ils se sentent souvent démunis face au nombre de personnes concernées, impuissants face à l'ampleur des besoins qu'ils constatent. Ils sont aussi en colère contre cette situation misérable dans laquelle les déplacés sont depuis si longtemps.

La présence de femmes avec des enfants parfois très jeunes est particulièrement difficile pour certains de ces membres du voisinage. Il y a de façon générale beaucoup de jeunes dans les sites, comme montré dans le schéma ci-contre. Les jeunes (moins de 18 ans) représentent 52% de la population des déplacés, dont 33% qui ont de 0 à 5 ans.

La répartition par genre montre un nombre un peu plus élevé de filles que de garçons (55%/45%). Cette différence est sensiblement la même chez les adultes avec 56% de femmes pour 44% d'hommes. Les



observations ont confirmé un nombre important de femmes isolées, élevant souvent seules leurs enfants, les maris étant décédés ou partis.

Une autre vulnérabilité mentionnée par ces communautés hôtes et identifiée comme indigne concerne les personnes âgées. 10% de la population des sites recensée fin 2023 a plus de 60 ans. Le manque d'accès à la nourriture ou aux soins pour ces personnes particulièrement fragiles est une réelle menace pour leur vie et est d'autant plus difficile à accepter.

“ On vit dans ce quartier depuis très longtemps et on voit arriver ces femmes et ces enfants. On ne peut pas faire grand-chose. Ça me fait mal de les voir, surtout quand il pleut, surtout les femmes, parfois même des femmes enceintes et des enfants parfois très petits, même des nourrissons.

Témoignage d'un membre de la communauté hôte

Les populations hôtes manifestent donc un malaise et de la pitié pour ces déplacés, souhaitant leur relocalisation dans des lieux où ils auraient de meilleures conditions de vie.

D'autres souhaitent cette relocalisation parce qu'ils craignent la présence de ces déplacés. Cette crainte est nourrie par l'idée que des membres de gangs soient dissimulés parmi les déplacés, mais aussi par la peur de maladies liées à l'insalubrité, la peur des violences, ou encore parce que la présence des déplacés les dérange, notamment par les bruits du fait de la vie de nombreuses personnes

proches de là où ces communautés hôtes vivent, et les odeurs désagréables liées au manque d'accès à l'hygiène de base, etc. Il y a donc souvent une ambivalence dans le discours de certains membres des communautés hôtes, entre pitié, volonté d'aider, peur et colère.

Certains membres des communautés hôtes ont parfois menacé voire eu des comportements de violences verbales et parfois physiques envers les déplacés. Ces comportements aggravent la situation des déplacés sur le plan du stress qu'ils engendrent, et de l'atteinte encore plus grave à l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes.

Il y a plusieurs tensions observées :

- D'une part entre les membres des communautés hôtes avec d'un côté ceux qui souhaitent aider les personnes déplacées et de l'autre ceux qui souhaitent les voir partie.
- D'autre part entre les membres des communautés hôtes et les déplacés.

Ce phénomène est un facteur à prendre en considération afin de renforcer les bonnes pratiques. Réduire ces tensions peut contribuer à améliorer l'état émotionnel des déplacés, et à réduire l'incidence délétère des pratiques qui participent à la dégradation de la santé mentale déjà très fragile des déplacés.

“ « On essaie d'être tolérants, on les accueille dans le quartier, mais parfois on a peur, on ne sait pas si des membres de gangs ne sont pas avec les déplacés. »

« Les déplacés vivent dans des conditions trop difficiles. Il faudrait les relocaliser ailleurs et leur donner de quoi mieux vivre. Ici c'est immonde et insalubre. Il pourrait y avoir des maladies. »

« Ce n'est pas normal qu'ils utilisent l'espace public. On n'y a plus accès. C'était une place où on faisait des activités, maintenant c'est plein de gens et c'est très sale. Ils font aussi beaucoup de bruit. Leur présence dérange il faut qu'ils aillent ailleurs. »

Témoignages collectés auprès de membres de la communauté hôte (Clercine)

2.3.3 Impacts sur les intervenants de première ligne

Les intervenants de première ligne sont les acteurs volontaires, salariés ou prestataires d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, qui interviennent directement auprès des populations déplacées. Ils sont psychologues, infirmiers, médecins, travailleurs sociaux, agents de santé communautaire, et sont confrontés à la détresse, à l'incertitude et au désespoir engendrés par la situation actuelle en Haïti. Les intervenants de 1^{ère} ligne sont soumis à d'importants facteurs de stress. Notamment à l'incertitude de la situation qui ne peut garantir leur sécurité. L'escalade de la violence des gangs s'accompagne du risque omniprésent de devenir à leur tour victime des violences et PDI.

Le climat de violence actuel dans la ZMPAP a pour conséquence les migrations internes des populations déplacées, ces mouvements sont difficiles à anticiper pour les acteurs concernés et entraînent :

- La discontinuité des interventions
- La restriction croissante des zones accessibles
- La limitation de l'accès aux structures de soin

L'écart qui se creuse entre l'accroissement des besoins d'une part et d'autre part la diminution croissante des ressources et plus particulièrement de l'accès aux moyens, ainsi que le manque de professionnels qualifiés en santé mentale, est un facteur de stress majeur qui engendre, entre autres, des sentiments de frustration, d'impuissance et de colère.

“ La situation est très grave en Haïti. Tout le monde, y compris le staff, est déprimé, à bout. Dans les sites, les histoires de vie sont terribles.

Il y a un peu de soutien psychologique pour le personnel mais c'est insuffisant. Les équipes sont épuisées, frustrées, et elles sont stressées.

Après leur journée de travail quand elles rentrent chez elles, souvent elles ont peur. On essaie de se soutenir les uns les autres, on se réunit, on mange ensemble, mais c'est difficile.

Le travail c'est important. Ça fait du bien de se sentir utile.

MDM Argentine

Dans ce contexte, la dégradation des conditions d'hygiène sur les sites, et la diminution de la présence des organisations internationales, confrontées aux menaces précédemment citées, comportent un important risque d'épuisement des intervenants de 1^{ère} ligne.

Leur champ d'action est entravé par le manque de ressources. C'est une véritable source de frustrations. Actuellement, les organisations impliquées manquent de moyens matériels et financiers pour répondre aux besoins de première nécessité des populations déplacées. À la problématique du manque de moyens matériels s'ajoute celle du manque de personnel pour répondre aux besoins spécifiques des personnes déplacées.

La détérioration des conditions de vie sur les sites entraîne des manifestations variées de la détresse. Parmi elles, les intervenants de 1^{ère} ligne craignent l'agressivité, la colère et la violence des personnes déplacées à leur égard. Cette agressivité est souvent due au fait qu'ils incarnent les organismes humanitaires et gouvernementaux sur les sites. Le climat de tension observé est lié à l'écart croissant entre les besoins sur les sites et la capacité restreinte des intervenants à y répondre.

Outre les manques matériels et humains, les intervenants de 1^{ère} ligne sont éprouvés par la problématique des limites de leurs mandats : leur action cible certaines populations et en exclut d'autres, ce qui les conduit régulièrement à faire des choix discriminants au sein des populations aidées. Il en est de même pour les zones d'intervention qui sont déterminées selon différents critères et ne permettent pas de couvrir l'ensemble des sites. Les décisions politiques appliquées sur les sites empêchent de pérenniser ces lieux de vie, et les confronte à la précarisation croissante des populations déplacées et au maintien de conditions de vie déplorable. L'analyse des données traduit un sentiment d'impuissance et d'inutilité vis-à-vis des personnes qu'ils ne peuvent pas prendre en charge du fait du cadre imposé et des limites de leur mandat.

Les déplacements de population interne en Haïti constituent une problématique récente qui est encore peu documentée. Les intervenants de 1^{ère} ligne s'appuient sur un savoir expérientiel développé auprès des déplacés internes, mais ils manquent de données, de ressources, d'outils et de soutien pour faire face aux enjeux de santé mentale de la crise multiforme en cours en Haïti.

2.3.4 Santé mentale et protection : enjeux majeurs de la migration

Pour les personnes migrantes, l'état de bien-être qui caractérise une bonne santé mentale est remis en cause par des facteurs inhérents à la définition même de santé mentale et aux circonstances des parcours migratoires (Schininà, 2019). Cela est particulièrement vrai lorsque des individus et des groupes sont contraints à migrer en raison de guerres, de conflits, de persécutions, de catastrophes naturelles et de famines, comme c'est le cas de personnes déplacées dans le cadre de situations d'urgence.

Comme le décrit l'UNHCR (UNHCR, 2019), la santé mentale et le bien-être psychologique sont étroitement associés à la protection, notamment dans un contexte humanitaire :

- Les pertes et le niveau élevé de stress ressentis par les personnes concernées pendant les situations d'urgence humanitaires causent de la douleur, de la peur, de l'anxiété, de la culpabilité, de la honte et du désespoir, ce qui surcharge leur capacité d'adaptation. Le stress peut provoquer des problèmes de santé et accroître la violence communautaire et interpersonnelle, notamment la violence dans les relations intimes.
- Les situations d'urgence humanitaires augmentent le risque de développer des troubles mentaux, y compris la dépression, le trouble de stress post-traumatique ainsi que l'abus d'alcool et d'autres drogues, ce qui affaiblit leur capacité à se défendre et à protéger ceux qui dépendent d'elles;
- Un niveau élevé de stress sur de longues périodes de temps est néfaste pour le développement de l'enfant, et particulièrement les plus jeunes d'entre eux. Une exposition prolongée au stress augmente le risque d'apparition de troubles mentaux ou physiques, et de difficultés affectives, relationnelles, cognitives et sociales ce qui entrave leurs parcours scolaires. De même, les adolescents souffrant de troubles mentaux sont plus vulnérables s'ils connaissent des situations de violence, d'abus ou d'exploitation.
- Pendant les situations d'urgence, les personnes souffrant de troubles mentaux graves, tels que la psychose, le trouble bipolaire, les formes graves de la dépression ou le trouble de stress post-traumatique, ou de déficiences intellectuelles courent un risque accru si elles subissent la négligence, l'abandon, l'itinérance, de l'abus sexuel ou domestique, de la stigmatisation sociale ou si elles sont exclues de l'aide humanitaire, de l'éducation, des opportunités de subsistance, des soins de santé, d'une nationalité ou tout autre service;
- Les proches aidants de personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent subir un stress aigu, un isolement ou des contraintes en termes de ressources financières ou autres;
- Dans les milieux urbains et les zones de déplacement, les personnes aux prises avec des problématiques de SMSPS sont plus à risque, car les communautés dans lesquelles elles vivent sont souvent moins soudées et il est probable que les mécanismes de protection communautaire soient moins forts.

Contraints de quitter leur foyer, les personnes déplacées internes sont aussi victimes de formes de privations spécifiques, comme la perte de leur logement, et sont souvent exposées à des risques en matière de protection. Ces risques peuvent être des attaques armées et des abus pendant leur fuite, la séparation familiale, avec une augmentation du nombre d'enfants séparés ou non accompagnés, un risque plus grand de violence sexuelle et basée sur le genre, notamment pour les femmes et les enfants, la privation arbitraire de leur terre, de leur maison et d'autres biens, et le déplacement dans des zones inhospitalières, où ils font l'objet d'exclusions, de marginalisations, de discriminations ou de harcèlements (UNHCR, 2008).

Il est donc essentiel de promouvoir en parallèle les actions de protections et celles en lien avec la santé mentale et le bien-être psychosocial. Dans son « *emergency handbook* » (UNHCR, 2019), le HCR précise qu'il est nécessaire d'adopter une approche SMSPS : fournir de l'aide humanitaire qui appuie la santé mentale et le bien-être psychologique et d'intégrer des interventions SMSPS, ce qui signifie mettre l'accent sur les activités qui ont comme premier objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être psychologique.



Arrivée de l'eau et de la nourriture sur un site



Quelques femmes ayant accepté de partager leur quotidien de déplacées dans un site

2.4 MANIFESTATIONS DE LA DÉTRESSE ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES IDENTIFIÉS

2.4.1 Santé mentale et bien-être psychosocial

2.4.1.1 Définitions générales

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. ». Plus précisément, elle représente une part intégrée à la santé qui est définie, toujours par l'OMS, comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou de handicap. »

L'approche psychosociale vise à soutenir les populations en situation de vulnérabilité et de fragilité en les aidant à identifier et mobiliser des ressources personnelles et communautaires disponibles, et ainsi développer des mécanismes de résilience, d'adaptation et d'inclusion sociale.

Comme le précise l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), s. d.), à l'échelle mondiale, la dépression est l'une des principales causes d'incapacité. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-29 ans. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves meurent prématurément – jusqu'à vingt ans plus tôt – en raison de pathologies physiques évitables. Bien que la place essentielle qu'occupe la santé mentale dans la réalisation des objectifs mondiaux de développement est de plus en plus largement reconnue, la prise en compte de cette thématique, les moyens qui y sont alloués, ou encore la représentation qui en est faite, varient énormément d'un pays à l'autre.

Hobfoll (Hobfoll et al., 2009) a identifié cinq éléments nécessaires au bien-être psychosocial, contribuent au bien-être, et que toute intervention en santé mentale et soutien psychosocial devrait les promouvoir :

- Il a été démontré que le rétablissement d'un **sentiment de sécurité** réduit les réactions négatives dans la durée. La sécurité se réfère ici à la fois à la sécurité physique et psychologique.
- La promotion du **calme** est également essentielle, Il est normal que les personnes ressentent toute une gamme d'émotions fortes après un traumatisme. Il est important d'aider ces personnes à restaurer un sentiment de calme pour les aider à mieux faire face à l'adversité.
- Promouvoir un **sentiment d'efficacité** personnelle et communautaire consiste à aider les gens à avoir un sentiment de contrôle efficace en les encourageant à voir un lien entre les actions qu'ils entreprennent, que ce soit en tant qu'individu ou en tant que communauté, et les résultats positifs de ces actions.
- Garantir le **sentiment d'appartenance** est essentiel pour se remettre d'un traumatisme. Les liens sociaux aident les gens à résoudre des problèmes pratiques grâce au partage d'informations et à l'aide dans les tâches quotidiennes, ainsi qu'à comprendre et à accepter émotionnellement ce qui s'est passé en étant relié à un groupe d'individus.
- Enfin, il est essentiel de restaurer l'**espoir** : les événements traumatogènes peuvent amener les personnes qui les vivent à ne plus considérer le monde comme un endroit sûr ou prévisible. Cela peut conduire à un sentiment de désespoir et à l'abandon de toute projection positive.

Les conflits armés et les catastrophes naturelles entraînent de graves souffrances pour les populations affectées sur les plans psychologique et social, affectant chacun de ces 5 principes. Les conséquences psychologiques et sociales de ces situations d'urgence peuvent être dramatiques à court terme, mais elles peuvent aussi porter atteinte à la santé mentale et au bien-être psychosocial de ces populations à long terme. Pour le Comité Permanent Interorganisations (CPI), ces conséquences peuvent constituer une menace pour la paix, les droits de l'homme et le développement (IASC, 2007).

2.4.1.2 Perception Haïtienne de la santé mentale

La majorité des recherches s'accorde à dire que les cliniciens doivent inclure une dimension culturelle et religieuse à leur pratique pour ne pas exclure une partie importante de la population Haïtienne (Auguste & Rasmussen, 2019). Il est fréquent que les Haïtiens minimisent leurs problématiques de santé mentale et les attribuent à Dieu ou aux esprits (Bibb & Casimir, 1996). Aussi, les troubles psychologiques sont rarement compris comme des problématiques individuelles et plus souvent interprétés par l'influence de forces extérieures à l'individu. Notamment, en se représentant le mal-être psychique comme une intention négative d'une personne jalouse, les personnes en difficulté préservent leur estime d'elles-mêmes en valorisant une caractéristique de leur personnalité qui a pu être un objet de convoitise (Auguste & Rasmussen, 2019).

Selon les différents témoignages collectés durant cette mission, la perception de la santé mentale a beaucoup évolué en Haïti, notamment depuis le séisme de 2010. En effet, suite à cette catastrophe, un nombre important d'ONG ont apporté leur soutien aux Haïtiens et beaucoup ont mis en place des interventions de soutien psychosocial et d'amélioration de la santé mentale.

Depuis 2010, suite au séisme, et l'envoi de nombreux professionnels de la santé mentale et le développement de nombreux projets de soutien psychosocial, il y a eu un intérêt et une plus forte reconnaissance de la psychologie.

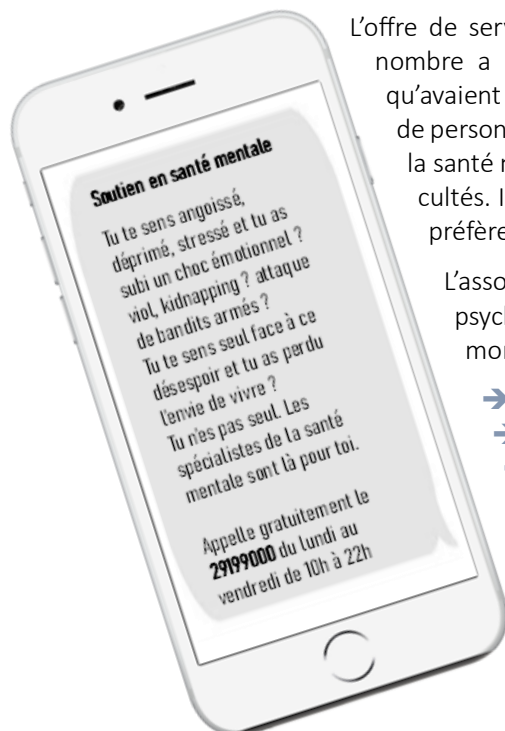
AHPsy

L'offre de services en SMSPS accessibles au plus grand nombre a permis de réviser la perception négative qu'avaient les Haïtiens concernant la santé mentale, à savoir que « c'est pour les fous ». Beaucoup de personnes déplacées seraient intéressés pour avoir un soutien en santé mentale. Ils perçoivent la santé mentale et le soutien psychosocial comme bénéfique et aidant pour surmonter les difficultés. Ils voient la parole comme un moyen de se soulager. Ils échangent avec des amis, mais préféreraient s'adresser à des professionnels.

L'association Haïtienne de Psychologie a depuis 2020 une ligne d'appel gratuite de soutien psychologique. L'augmentation récente importante d'appels enregistrés sur cette ligne montre à la fois :

- L'intérêt pour le soutien psychologique,
- La reconnaissance des bienfaits de cette modalité de soutien
- Le besoin important de la population en santé mentale
- Le fait que les hommes comme les femmes sont concernés

La promotion de la ligne de l'AHPsy via des SMS (voir ci-contre), financée par l'OMS fin 2023, a beaucoup contribué à la connaissance du service. Le nombre d'appels a considérablement augmenté après cette campagne.



L'accès au service par téléphone est sans doute très adapté au contexte : le besoin de soutien en santé mentale reste difficile à admettre, surtout pour les hommes. Passer par le téléphone facilite sans doute l'utilisation de ce service, rendu ainsi plus anonyme. Par ailleurs, le téléphone est un accès beaucoup plus sûr, permettant d'éviter de prendre des routes dangereuses à cause des gangs pour se rendre dans un centre de soutien. Enfin, la gratuité du service est un avantage considérable pour garantir l'accès du service au plus grand nombre, et notamment à ceux qui sont particulièrement démunis et en détresse, dont les déplacés internes.

La ligne d'appel pour le soutien psychologique est connue et très utilisée. Depuis sa création en avril 2020, on a reçu plus de 17000 appels. Des hommes et des femmes appellent pour du soutien.

AHPsy

2.4.1.3 Manifestations de la détresse et solutions identifiées en Haïti

Les différents interlocuteurs interrogés ont identifié de nombreuses manifestations de la détresse chez les déplacés.

Lorsque la question a été posée à des aidants intervenant en santé mentale, les manifestations observées sont en lien avec les réactions généralement observées chez les personnes en situation de stress intense ou après un choc traumatique, notamment des manifestations sur les plans suivants :

- **Physique** : troubles du sommeil, problèmes digestifs, fatigue extrême, maux de tête, tensions musculaires, mal de dos...
- **Émotionnel** : sautes d'humeur, colère, tristesse, anxiété, ne ressentir aucune émotion (anhédonie), perte de sens, perte d'espoir, doutes douloureux ...
- **Mental** : difficultés de concentration et d'attention, pensées désorganisées, pensées intrusives et involontaires, hésitations, perte de mémoire, cauchemars...
- **Comportemental** : prise de risques (conduite imprudente), hypervigilance, agressivité verbale et/ou comportementale, consommation de tabac et d'alcool en excès, retrait et isolement...

« On a des migraines souvent et très fortes. On a souvent mal au ventre ou au cœur. On a des palpitations et la tension qui augmente. »
 « Je me sens en colère, après moi-même et après la situation »
 « Je me sens en colère car on ne nous aide pas. Quand il pleut on ne peut pas dormir. J'ai des boutons sur la peau. »
 « On a souvent des douleurs partout : mal aux jambes, au dos, problèmes de peau type zona, etc. »
 « J'ai beaucoup maigri à cause du stress. Puis j'ai eu des problèmes de peau. »

Témoignages collectés auprès de personnes déplacées (Clercine)

La violence des personnes en détresse a été souvent identifiée. Cette violence a été mentionnée comme étant tournée vers la famille (conjoint, enfants, parents), vers d'autres déplacés, vers les intervenants, ou encore vers les membres des communautés hôtes. L'agressivité est donc identifiée comme un résultat de la grande détresse des déplacés, et cette détresse tend à justifier ces comportements qui semblent se banaliser.

Du point de vue des croyances, le prêtre vaudou interrogé a aussi identifié la colère comme étant une manifestation, en identifiant des causes différentes comme le fait d'être « attrapé » par un esprit. Cet aspect est important car pour de nombreux Haïtiens, cette cause probable du mal-être nécessite des traitements différents ou complémentaires à ceux généralement proposés par les services d'aide et de soutien institutionnels.

Dans la religion vaudou, l'identité divine est tri partite : *peti anj*, *ti bon anj*, *gwo bon anj*. Les Hougans et les Mambos ont pour mission première d'être des guérisseurs. Pour cela ils interrogent les personnes tant sur des questions somatiques (douleurs, symptômes, etc...) que morales (erreurs passées ou actuelles). Les rétablissements sont imprévisibles et reposent sur la foi des fidèles (Auguste & Rasmussen, 2019)

Dans le culte vaudou, les esprits influencent autant la santé mentale que les facteurs psychosociaux liés à l'environnement. 'tou maladi pa maladi dokté' est un dicton qui signifie que les médecins ne peuvent pas soigner toutes les maladies. D'importants freins à la consultation psychologique ont été pointés, et les Haïtiens préfèrent majoritairement s'adresser à des Hougans, des Mambos ou des prêtres catholiques et protestants pour les problématiques liées à leur santé mentale (Méance, 2014).

Des anthropologues médicaux ont catégorisé les différentes affections psychiques observées (Carrazana et al., 1999; KIEV, 1961; Sterlin, 2006) :

- *Maladi bondyé* : maladie d'origine naturelle
- *Maladi peyi* : affection médicale commune
- *Maladi moun fé mal* : maladie d'origine magique causée par d'autres
- *Maladi bon Iwa* : maladie d'origine surnaturelle non intentionnelle
- *Maladi Satan* : maladie d'origine surnaturelle non intentionnelle

Les problématiques de santé mentale sont distinguées selon leur origine, qui peut être la tête 'tèt' ou le cœur 'ké' (Keys et al., 2012). D'après l'étude de Keys et al en 2012, les problématiques de la 'tèt' sont associées à des oublis, une faible concentration

et des comportements inhabituels. Tandis que celles du 'kè' sont associées à des troubles émotionnels et physiques. En Haïti il y a une forte distinction entre dépression et dépression mentale. La dépression fait référence au découragement tandis que la dépression mentale se rapproche de l'épisode dépressif majeur décrit par la Classification Internationale des Maladies (ICD-11, 2022).

Dans la dépression mentale on retrouve des symptômes somatiques comme les maux de tête, douleurs dorsales, sentiment de vide ou encore fatigue ainsi que les pensées obsédantes, l'oppression de la poitrine. La dépression mentale est souvent attribuée à une comorbidité médicale, à la malnutrition ou encore une 'maladi moun fé mal'.

Dans le culte vaudou la guérison de l'esprit et de l'âme passe par le corps (Stanley, 2002). La résilience innée de la population Haïtienne et plus particulièrement de l'homme Haïtien est une notion récurrente dans la littérature (Alphonse, 2024; Paulson, 2023; Toussaint, 2023). Ce fait interroge sur le retentissement de cette représentation dans l'expression de la souffrance psychique au sein de la population Haïtienne, c'est-à-dire est-ce que l'homme fort Haïtien a droit à la souffrance ?

Pour une majorité d'Haïtiens il est banal de communiquer avec les esprits. Il est donc important de ne pas pathologiser ce phénomène sous le prisme Nord-Américain ou Européen qui le qualifierait de psychose (Miller, 2000). Si les perceptions sensorielles en l'absence de stimuli extérieur sont courantes, acceptées voire valorisées en Haïti, ce n'est pas systématiquement le cas des pensées suicidaires. A l'instar de nombreuses cultures, en Haïti le suicide est perçu comme un acte de lâcheté, ce qui est souvent un frein à la sollicitation de l'aide par les personnes suicidaires (Auguste & Rasmussen, 2019)

2.4.2 Définitions et représentations concernant les comportements suicidaires

2.4.2.1 Connaissances générales

On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat (Durkheim, 1897). Plus récemment, ces éléments ont été repris dans une définition qui supprime la dimension « passive » de certains suicides (ne pas chercher à échapper à un danger évident) : « mort auto-infligée avec évidence (implicite ou explicite) de l'intention de mourir » (Silverman et al., 2007)

Le Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies américain (Center for Disease Control, 2022) retient trois critères :

- ➔ La mort survient suite à des dommages de différents types
- ➔ Ces types de dommages sont auto-infligés
- ➔ Ces types de dommages intentionnellement infligés (Rosenberg et al., 1988).

Quelques définitions

Suicide : L'OMS définit le suicide comme un acte qui consiste à se donner délibérément la mort. Depuis quelques années, à l'échelle internationale, plusieurs rapports sur le sujet ont parlé de « suicide complété » pour identifier les décès par suicide. Cette expression a remplacé celle de « suicide réussi », qui est actuellement considérée comme inappropriée puisqu'on ne veut pas qualifier un décès par suicide de réussite. Aujourd'hui, on a tendance à utiliser simplement le mot « suicide » ou les mots « mort par suicide » au lieu de « suicide complété ».

NB : Les expressions « commettre un suicide » ou « récurrence de suicide » sont très culpabilisantes et renvoient au registre de la faute et de la criminalité.

Tentative de suicide : geste auto infligé susceptible de provoquer une atteinte physique, et dont la motivation est, au moins en partie, de se donner la mort » (Center for Disease Control and Prevention, USA).

Geste auto agressif non suicidaire : volonté de provoquer un saignement, une marque ou de la douleur (en se coupant, se brûlant, se poignardant, se cognant, se grattant) dans l'idée que cela ne devrait entraîner qu'une atteinte physique minime ou modérée (Crocq & Guelfi, 2015)

Suicidaire : désigne aussi bien des individus que des comportements, des conduites, des gestes, des pensées, des menaces, des risques, une intention ou une crise. Lorsqu'il désigne une personne, il correspond à la présence chez cette personne d'idées noires, exprimées ou non, c'est-à-dire des pensées tournées vers la mort, et où le suicide peut être envisagé comme une solution, une échappatoire, une nécessité face aux difficultés rencontrées.

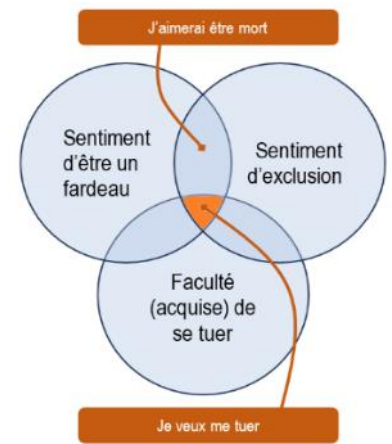
Suicidant : tout sujet ayant effectué une tentative de suicide à laquelle il a survécu. On parle également de Primo- et Multi- ou Pluri- suicidant, pour désigner respectivement un individu qui a réalisé une seule tentative de suicide ou qui en a déjà réalisé au moins deux.

Idéations suicidaires : idées selon lesquelles le suicide pourrait constituer une solution à la situation ou bien à la douleur morale et à la détresse dans laquelle la personne se trouve et qu'elle juge insupportables. Elles se différencient des idées de mort en ce sens que le sujet se représente dans un acte volontaire et dirigé contre lui-même.

Le professeur Thomas Joiner (Joiner Jr. et al., 2009) a proposé une théorie qui est aujourd’hui la plus largement acceptée dans la compréhension des gestes suicidaires en psychiatrie. Elle est très utilisée dans les recherches actuelles, qui ont largement démontré sa pertinence.

Elle a par ailleurs un grand intérêt sur le plan clinique, notamment dans le repérage de « signaux faibles » d’une crise suicidaire, le maintien d’une vigilance vis-à-vis de la présence d’une crise suicidaire que l’on n’aurait pas encore repérée, identifiée ou évaluée.

Selon Joiner, le comportement suicidaire est la rencontre de 3 éléments : le sentiment d’être un fardeau, le sentiment d’exclusion et la faculté acquise de se tuer. Les deux premiers sont à l’origine des idées suicidaires (cf. schéma ci-contre).



La crise suicidaire est « un état qui se produit quand une personne fait face à un obstacle, à un des buts importants de sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l’utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème. Une période de désorganisation et d’inconfort s’ensuit durant laquelle différentes tentatives de solutions sont utilisées en vain. Éventuellement une certaine forme d’adaptation se produit qui peut être ou non dans le meilleur intérêt de la personne ou de ses proches (Brunet et al., 2006)

La crise suicidaire n’est pas un événement soudain et spontané dénué d’antériorité. C’est la progression d’un état d’équilibre vers un état de vulnérabilité qui culmine à un état de crise :

→ **L’état d’équilibre** (ou homéostasie) : généralement, l’individu manifeste un ensemble de réponses comportementales lorsqu’il est confronté aux événements stressants de la vie. Il cherche à retrouver l’équilibre antérieur par la mise en place d’un ensemble de stratégies et de mécanismes d’adaptation. La répétition ou la survenue d’un seul événement grave peuvent accentuer la déstabilisation.

→ **L’état de vulnérabilité** : l’individu peut alors perdre ses capacités habituelles à faire face aux événements stressants, on dira alors qu’il se trouve dans un état de vulnérabilité. A ce stade, l’individu ne parvient plus à évacuer une tension devenue trop intense et a épuisé son répertoire de réponses habituelles. Le déséquilibre prend alors le dessus et la personne se retrouve en crise, il est cependant encore possible à ce stade, grâce à une recherche de solution à la résolution de ses problèmes, de retrouver l’équilibre et ainsi d’éviter la crise. Dans le cas contraire l’individu sera poussé vers la situation de crise.

→ **L’état de crise** (Folkman et al., 1986) : Elle se caractérise par une rupture de l’homéostasie (physique et ou psychique), l’effondrement massif des mécanismes d’adaptation (stratégie de coping), le durcissement des mécanismes de défense ainsi que la réminiscence de traumatismes anciens. C’est une période de déséquilibre intense qui est caractérisée par trois grandes étapes :

1. Période de désorganisation : qui culmine jusqu’à la phase aiguë avant de se conclure par une période de récupération.
2. Phase aiguë : caractérisée par un éventail de réactions qui varient en intensité allant jusqu’au passage à l’acte suicidaire. L’état de crise est possible sans passage à l’acte suicidaire (fugue, agressivité...).
3. Récupération.

2.4.2.2 Représentations Haïtiennes autour du suicide

En Haïti la question du suicide divise voire oppose les communautés religieuses et médicales (Hagaman et al., 2013). Beaucoup de professionnels de santé ne reconnaissent pas le suicide comme un phénomène significatif en Haïti. Il semblerait que les suicides soient rares selon les représentants médicaux et fréquents selon les représentants des communautés (Hagaman et al., 2013). Ce phénomène peut trouver une explication par le fait que les personnes présentant des idées suicidaires se confient majoritairement plus spontanément à un représentant culturel ou religieux qu’à un professionnel de santé.

Dans le contexte du culte Vaudou Haïtien, le suicide peut être compris comme une « maladi moun fé mal » dont la cause extérieure n’est pas imputable à l’individu et le dispense de ses pensées suicidaires. Cette lecture participe à réduire le stigma sur les personnes suicidaires.

Au cours du premier semestre de l’année 2023, une dizaine de suicide a été enregistrée en Haïti (Toussaint, 2023). Ce chiffre s’accompagne d’une augmentation du nombre d’appels vers les lignes d’aide psychologique pour des motifs suicidaires, environ 12% des appels reçus par le centre d’intervention psychothérapeutique d’urgence d’Haïti (CIPUH) ont eu pour motif des pensées suicidaires aux mois de novembre et décembre 2023 (Alphonse, 2024).

Les multiples traumatismes, les agressions, les pertes, la violence, le manque de perspectives et d’espoir sont autant de facteurs de risque qui participent aux idées suicidaires (Alphonse, 2024)

La question du suicide est donc souvent problématique en Haïti, et les représentations autant que les conceptions peuvent varier considérablement. Si la définition du suicide est relativement homogène pour définir le fait de se donner la mort, il y a des variations notamment liées aux valeurs, croyances et religions. À titre d'exemple :

- ➔ Pour les chrétiens le suicide est mal perçu. Certains actes pourraient donc être dissimulés (la personne ne s'est pas suicidée mais a eu un accident).
- ➔ Dans le culte vaudou, certaines personnes sont possédées par un esprit les incite à se tuer. Ainsi, il ne s'agit pas d'un suicide puisque l'acte suicidaire est la résultante de l'intention d'un esprit et non pas de celle de la personne elle-même.
- ➔ Dans la représentation culturelle, les Haïtiens sont forts et résilients. Ils résistent depuis toujours. Aussi ils ne se suicident pas, ils font face. Dans cette représentation également, un suicide pourrait être interprété comme un accident.

Dans les discours, y compris celui de représentants divers, le suicide n'est pas toujours perçu comme alarmant en Haïti, avec l'idée que ce problème est davantage celui des occidentaux et qu'il ne concerne pas les Haïtiens.

« Je ne vois pas de raisons pour rester en vie. La semaine dernière j'ai essayé de me suicider en buvant du chlore. Ma voisine m'a vu et m'a arrêté. Une amie m'a donné beaucoup de lait à boire et j'ai été malade pendant plusieurs jours. Je ne vais pas mieux mais mon amie m'a fait du bien. »

Témoignage collecté lors d'une discussion de groupe avec des déplacées (Clercine)

Pourtant, les témoignages font apparaître que le nombre de personnes ayant des idées suicidaires est extrêmement élevé (la quasi-totalité des personnes déplacées y pensent ou y ont pensé, voire ont tenté de se suicider).

Par ailleurs, un nombre important de ces mêmes personnes connaissent des gens qui sont passés à l'acte. Les méthodes utilisées pour mettre fin à ses jours sont le plus souvent le chlore bu avec de l'eau, ou l'overdose de médicaments (majoritairement par les femmes). Certains ont mentionné la pendaison, d'autres encore l'immolation par le feu.

Ces témoignages montrent que le suicide est une réalité en Haïti. Les difficultés augmentent, les tensions et les violences empirent, et les résistances s'affaiblissent. Le risque suicidaire est donc réel et s'aggrave avec la durée et la détérioration de la situation.

Ainsi, en se référant au modèle de Joiner, qui mentionne le sentiment d'être un poids pour les autres, le sentiment d'exclusion et de solitude, et la possibilité de mettre fin à ses jours comme un ensemble créant un risque important de mort par suicide ou de tentatives, il apparaît qu'un nombre croissant d'Haïtiens se situe dans la zone à haut risque suicidaire.

Ils ont le sentiment de ne pas pouvoir subvenir à leurs besoins, de dépendre de l'assistance, d'être un poids. Beaucoup se sentent seuls (certains ont mentionné la perte de leur mari et la solitude qu'ils en ressentent). Le rejet ressenti, et parfois les actes de violences subies pour qu'ils quittent ce site augmentent le sentiment d'exclusion, de non appartenance à la communauté Haïtienne.

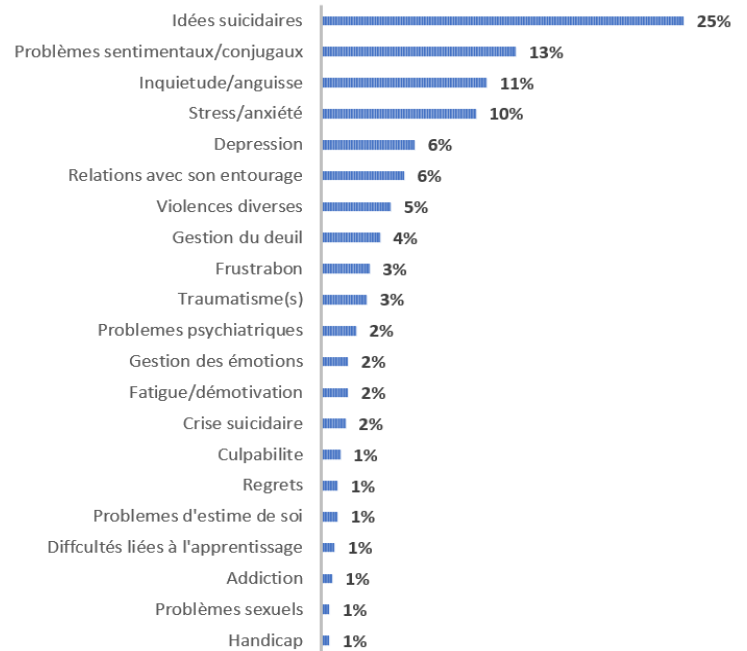
La mort est de plus en plus perçue comme une délivrance. Les médicaments et le chlore disponibles sont de plus en plus perçus comme les ultimes moyens de lutter face à la souffrance.

Il y a environ 10 ans encore il était très difficile de parler du suicide, c'était tabou, mais la parole s'est beaucoup libérée. Il est de plus en plus admis de parler de sa détresse et même de suicide.

SEROVIE



MOTIFS DES APPELS SUR LA LIGNE DE SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE DE SEPTEMBRE À DÉCEMBRE 2023



Les ressources pour faire face sont insuffisantes pour un grand nombre de déplacés. La mort est de moins en moins perçue comme une faiblesse, et de plus en plus comme une solution. Il apparaît donc que le risque suicidaire est très élevé.

Les données présentées dans le dernier rapport des appels reçus par la ligne de l’AHPsy montrent un taux d’appels pour des idées suicidaires de 12% sur les mois d’octobre et novembre 2023. Lorsque sont retirées des données celles qui ne relèvent pas de motifs psychologiques spécifiquement mentionnés par les appelants (par exemple demandes de partenariats, remerciements ou motifs non indiqués), ce taux reste largement premier des motifs d’appels et passe à 25% sur la période du rapport (de septembre à décembre 2023) comme présenté dans le graphique ci-contre, soit 136 appels sur 554 concernant directement les problématiques de santé mentale.

Ainsi, « souhaiter mourir, vouloir en finir, souhaiter se donner la mort » représente le motif le plus fort de demande d’aide en santé mentale.

2.4.2.3 Comportements suicidaires

Les comportements suicidaires sont également souvent analysés à travers le prisme de l’histoire et des croyances. Pour le prêtre vaudou que l’OIM a rencontré, l’esprit qui envahit une personne ayant des idées sombres, des idées de mort, est particulièrement fort et nécessite des rituels spécifiques une fois identifié.

Le prêtre ne se considère pas en opposition à la médecine moderne à laquelle il réfère certaines personnes qu’il ne parvient pas à aider. Il a également suivi des formations à l’hôpital et considère les interventions comme complémentaires. Il considère aussi avoir un taux important de réussite, sans quoi son activité ne fonctionnerait pas. Cette représentation des impacts en santé mentale liée aux croyances est très ancrée et doit être prise en considération dans les interventions, à minima être respectée.

En Haïti le mal-être s’exprime par des manifestations physiologiques (maux de tête, de ventre etc...). Les gens ne vont pas dire qu’ils vont mal ; le symptôme le plus fréquent est souvent l’isolement. Il y a peu de passage à l’acte en Haïti et la maladie mentale est toujours perçue comme ayant une origine mystique.

Prêtre vaudou

Selon la plupart des personnes rencontrées, intervenants, représentants ou déplacés, les Haïtiens sont forts et résistants. Il est peu admis qu’une personne ait des idées suicidaires.

Cette représentation est très liée à l’histoire de cette population qui a su « chasser les blancs » et gagner son indépendance en dédommageant au prix fort les propriétaires de terres et d’esclaves, dette qui a contribué à faire sombrer le pays dans la misère depuis.

Lorsqu’il a été demandé aux personnes rencontrées s’ils ont connaissance de tendances suicidaires dans leur entourage, la grande majorité des personnes répond par la négative : les Haïtiens ne se suicident pas. Pourtant, lorsque la question est de savoir si certains ont déjà « souhaité être morts », la plupart répond par l’affirmative. Ce qui peut apparaître ici comme une incohérence met en avant les représentations devant être prises en compte lors de l’analyse. Pour nombre d’entre eux, la tendance suicidaire est perçue négativement et correspond principalement au passage à l’acte. Les idées suicidaires se rapportent au fait que la plupart des personnes en Haïti souffrent de la situation dans laquelle ils vivent. Pour autant il reste peu admis socialement de se donner la mort même si plusieurs sont passés à l’acte. D’autres espèrent être tués, se déchargeant ainsi de la responsabilité du passage à l’acte, par exemple, prendre des risques sur la route en espérant être renversé par une voiture, attendre d’être tué par un membre de gang...

Il est apparu après un certain temps de discussions qu’au-delà du nombre important de personnes souhaitant être mort pour arrêter de souffrir et de subir une situation qu’ils considèrent désespérée, certains ont tenté de se suicider et beaucoup connaissent quelqu’un qui est décédé par suicide. La plupart du temps, les moyens privilégiés sont l’ingestion de chlore ou de médicaments. Il y a aussi eu quelques cas de suicides par pendaisons et d’autres encore, particulièrement médiatisés, d’immolation par le feu.

Il semble donc important de considérer que l'analyse des comportements suicidaires implique un ajustement quant aux définitions des termes auxquels ils font référence. Les aspects culturels et les croyances, ainsi que la fierté d'être Haïtiens contribuent à biaiser ce qui est considéré comme un geste difficilement admis.

Pourtant, les ressources psychiques d'un nombre croissant de personnes s'amenuisent, l'espoir en un avenir meilleur se réduit, ce qui entraîne un nombre de plus en plus important de personnes qui considèrent la mort comme une option, et parlent de mettre fin à leurs jours.

Compte tenu des moyens utilisés le plus fréquemment selon les personnes rencontrées, à savoir le chlore et la prise de médicaments, et compte tenu des considérations négatives autour du suicide, ainsi que des représentations culturelles et des croyances, il est probable que le nombre de décès par suicide soit sous-évalué par les statistiques actuelles. La sous-estimation du taux de décès par suicide est communément admise car les conditions d'un décès ne sont pas toujours connues et identifiables. Il est dans les pays occidentaux considéré à 10%. Il est donc probable que cette marge soit encore plus importante en Haïti.

« Si on ne m'aide pas, la prochaine fois que vous viendrez je serai morte. Je me serai tuée. »

« Depuis que ma maison a brûlé je me sens mal. Hier soir j'ai voulu me jeter sous une voiture pour arrêter d'avoir mal. »

« Certains se suicident. Le plus souvent c'est en prenant trop de médicaments ou en buvant du chlore dans de l'eau. »

Témoignages collectés auprès de personnes déplacées (Clercine)



3. RESSOURCES DISPONIBLES ET LEURS LIMITES

Dans son rapport sur la santé mentale en Haïti en 2011, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011) conclue en affirmant que « bien que des efforts notoires soient entrepris après les différentes catastrophes naturelles, notamment le séisme du 12 janvier 2010, la présente analyse de l'IESM/OMS Haïti révèle une faiblesse d'ordre structurel dans le système de santé mentale tant au niveau de la législation, des ressources humaines, matérielles et financières que dans la sensibilisation et la planification au niveau national. »

En 2019, un article publié sur le site web ayibopost.com analysait en quoi « la situation sociopolitique et économique lamentable et l'absence d'une politique en santé mentale conduit à une multiplication des troubles mentaux en Haïti. » (Hudson Archange, 2019). Selon cet article, le pays ne dispose pas d'une politique de santé mentale planifiée suivant les besoins de la population. Les gouvernements successifs n'ont pas fait de la santé mentale une priorité. Par exemple, moins de 10 % du budget national est alloué à la santé et 80 % de cette somme se trouve affectée au paiement des salaires. Le budget alloué à la santé mentale représente, par conséquent, moins de 1 % du budget global réservé à la santé publique. Les deux seules institutions neuropsychiatriques du pays disposent au total 180 lits pour une population estimée à 10 millions d'habitants, soit près de 1,9 lit pour 100000 habitants. Selon les statistiques, il n'existe que 15 psychiatres pour toute la population, et le nombre de psychologues est lui aussi insuffisant. Le prix d'une séance de consultation dans une clinique privée s'évalue à environ 80 dollars américains. Ce montant dépasse les capacités financières d'une majorité de personnes dans ce pays où près de la moitié de la population vit dans l'extrême pauvreté.

Les ressources des personnes déplacées pour faire face à leurs difficultés sont limitées. Il y a toutefois plusieurs sources de soutien et d'assistance qui ont été mentionnées par les personnes rencontrées bien qu'elles présentent des limites dans leurs possibilités d'intervention.

3.1.1 Les ONG et les agences des Nations Unies

Elles ont été citées comme étant la source d'aide sur laquelle les déplacés comptent le plus. L'aide et le soutien apportés par des organisations humanitaires, ONG ou Nations Unies (notamment l'OIM), sont identifiés comme essentiels pour ces personnes d'une très grande vulnérabilité. Les apports en eau, en nourriture (PAM), en soins de santé (OIM et ses partenaires), en hygiène (OIM encore) représentent les éléments de survie de base.

Les actions additionnelles, comme le soutien psychosocial apporté par certaines organisations dont des partenaires de l'OIM sont également perçues comme très positives. Elles contribuent à soutenir les déplacés dans la gestion du quotidien, faire face aux difficultés en se sentant moins seuls et écoutés.

Plusieurs organisations rencontrées proposent du soutien psychosocial :

Heureusement il y a des organisations comme l'OIM qui vient pour les aider. Il y a aussi d'autres organisations. Les organisations nous apportent la nourriture mais ce n'est pas régulier. On ne sait pas quand est-ce que ça va arriver. Il y a un problème d'hygiène aussi. Il y a de l'eau mais il n'y a pas de savon. Pour la santé on a l'OIM. Il y avait aussi l'hôpital Fontaine mais ils ne viennent plus. Ils faisaient des cliniques mobiles. Il y avait aussi FOSREF. Ils ne viennent plus non plus à cause des problèmes de sécurité. En fait, il y a plus que l'OIM en ce moment. Nous avons aussi l'association Cessa qui envoie des psychologues. Ils viennent plusieurs fois par semaine et parlent avec des personnes en collectif et des fois en individuel. Ils ont plusieurs psychologues qui viennent et ça aide.

Président de comité du site de l'école Jean-Marie Vincent

AHPsy

Propose un soutien à distance, accessible à tous, et s'inscrit dans le soutien d'urgence.

L'association Haïtienne des psychologues existe depuis 2011 et propose notamment des interventions en urgence (par exemple suite au séisme de 2021), des formations aux premiers secours psychologiques ainsi que des sensibilisations.

Ouverte en avril 2020 pour aider la population face à la pandémie Covid, la ligne gratuite de l'AHPsy (29191000) permet à tous les Haïtiens d'obtenir un soutien en santé mentale par téléphone. Les 1ers répondants sont des étudiants en psychologie ou de jeunes diplômés qui ont été formés pour soutenir les appelants.

Les premiers écoutants assurent la prise de contact et offrent un support à la personne pendant 5 à 20 minutes au téléphone. Ensuite, s'il y a des besoins plus importants, cette personne est référée à l'un des professionnels de santé mentale disponibles qui va le soutenir pendant 40 à 50 minutes. Le soutien ne se fait que par téléphone et si un besoin de prise en charge est identifié alors la personne sera orientée vers un médecin pour une consultation.

Le service semble répondre à un besoin croissant d'écoute par la population comme le montrent les données présentées précédemment. Ce service semble en effet adapté pour diverses raisons : l'accès ne présente pas de risques de sécurité puisqu'il se fait par téléphone, le service est gratuit en dehors du coût de l'abonnement téléphonique, l'anonymat et la discrétion facilitent le recours à ce service, notamment pour les hommes qui pourraient craindre d'autant plus la stigmatisation qu'il leur est difficile de manifester leurs faiblesses.

La limite de ce service se situe principalement sur l'accompagnement qui n'est pas possible du fait des modalités d'intervention. Il s'agit d'un service répondant à un besoin ponctuel qui se termine éventuellement sur une orientation parfois difficile à suivre pour les déplacés.

Serovie

Propose divers services, incluant le soutien psychosocial, à un public principalement masculin et représentant des minorités de genre.

Organisation communautaire de plus de 20 ans engagée dans la prise en charge globale des PVVIH, Serovie dispose d'un service psychosocial et partenaire de l'OIM pour les questions relatives au soutien psychosocial auprès des déplacés dans certains sites difficiles d'accès.

Elle propose des services gratuits et spécialisés en SSR, soutien psychosocial et soutien familial et travaille principalement auprès des hommes (HSH), des LGBT, des survivants et survivantes de violences ainsi que les professionnelles du sexe.

Serovie dispose de 20 cliniques pour les hommes et minorités sexuelles et de genre dans 8 départements sur 10 (les problèmes sécuritaires empêchant l'accès dans 2 départements). Dans ces cliniques sont proposés divers services comme la distribution de préservatifs, la PREP, la fourniture de pilule anti contamination au VIH ainsi qu'un service de soutien psychosocial. Des référencement peuvent également être facilités en cas de besoin, vers des services adaptés (légaux par exemple pour les survivants de violences).

L'organisation propose des hébergements d'urgence en cas de violences. L'un est situé à PAP et permet d'héberger environ 20 personnes jusqu'à 2 semaines. 2 autres sont situés en province et accueillent principalement des femmes et des filles sur des périodes plus longues.

Enfin, Serovie dispose d'une ligne de téléphonie principalement destinée aux personnes LGBT et à priori connue par eux (29.19.9000) proposant écoute, évaluation des besoins et orientation par des écoutants, puis référencement vers les professionnels de la santé mentale (PSM) proposant 3 séances en ligne puis/ou un référencement selon les besoins.

Les principaux défis auxquels cette association doit faire face concerne

- La pérennisation difficile des actions du fait de financements limités dans le temps, et des incertitudes quant à l'éventualité des renouvellements ;
- Le manque de structure et de coordination entre les différents services existants, qui nécessiterait une plus forte implication des instances de l'état
- Le besoin de renforcer l'appui et le soutien aux populations ciblées via le renforcement des liens sociaux, notamment à travers la mise en place d'un système de pairs aidants.

MDM Argentine

Médecins du Monde Argentine apporte une aide médicale aux personnes déplacées par des actions de sensibilisation, de dépistage et de prise en charge des femmes et des enfants.

Médecins du Monde (MDM) est une organisation non gouvernementale médicale de solidarité internationale depuis 1980. MDM Argentine est présente en Haïti en partenariat avec l'OIM, l'UNICEF et couvre 5 sites pour apporter une aide aux personnes déplacées en y déployant des cliniques mobiles, et des actions de sensibilisation et de dépistage.

Sur les 5 sites, les actions de MDM Argentine s'articulent principalement autour de la santé materno-infantile et de la santé des femmes en proposant des campagnes de vaccination et des consultations spécialisées en gynécologie ou pédiatrie par exemple. Les principales activités de MDM Argentine sont :

- Le renforcement institutionnel
- La prise en charge des violences basées sur le genre
- Les travaux de recherche
- La collaboration avec la DSO

Dans le champ de la santé mentale, les intervenants MDM sont formés principalement aux Premiers Secours Psychologiques (PSP). Chacune des actions de MDM Argentine intègre une collecte de données relatives à la santé mentale bien qu'aucune action de l'association n'y soit spécifiquement dédiée.

La principale limite rencontrée par MDM Argentine est la difficulté à référer les personnes qui présentent un risque suicidaire en raison du manque de structures de santé mentale opérationnelles. La formation actuelle des intervenants MDM Argentine n'est pas suffisante pour assurer l'évaluation, l'orientation et/ou la prise en charge des personnes déplacées qui présentent un risque suicidaire.

Par ailleurs, la violence des gangs, la dégradation des conditions de vie sur les sites, l'incertitude politique sont autant de facteurs qui exposent les équipes MDM Argentine à de nombreux risques psychosociaux. Les effectifs sont marqués par un turn-over important.

ISPD

L'ISPD œuvre à l'amélioration de la qualité des services de soins en proposant des actions préventives et curatives ciblées.

L'Institut pour la Santé, la Population et le Développement (ISPD) est une institution Haïtienne à but non lucratif créée en 2017 pour améliorer la qualité des services de soins offerts à la population Haïtienne. En travaillant avec des professionnels prestataires sur le terrain et principalement dans les sites de personnes déplacées, l'ISPD met en place des actions de prévention et de soin en santé, son action cible particulièrement les personnes atteintes de VIH et les hommes.

L'ISPD est partenaire de l'OIM et assure une présence auprès des déplacés au sein de 4 sites. Des unités de soin sont mise en place sur les sites en aménageant des containers afin qu'ils puissent garantir un minimum de confort et de confidentialité. Pour chacun de ces sites où l'ISPD est présent, un binôme constitué d'un ou une psychologue et d'une ou un travailleur social est à la disposition des déplacés ou des équipes. Chaque prestataire contractualisé par l'ISPD a été formé au dépistage des troubles mentaux dans le cadre des formations au mhGAP proposées par l'OMS.

Outre sa collaboration avec l'OIM, l'ISPD met en œuvre des projets à l'instar des Cliniques « héritage » qui mettent la priorité sur l'accès au service aux hommes et notamment en urologie. Ce projet a été développé pour répondre aux besoins des hommes qui sont en général les moins bien servis du système sanitaire en Haïti. Dans les cliniques « héritage » il y a un psychologue et un travailleur social qui peuvent, si besoin, s'appuyer sur l'expertise d'un psychiatre voire leur référer une personne qui aurait des besoins plus spécifiques.

Les évaluations des actions menées par l'ISPD mettent en avant, en dépit d'une satisfaction de la qualité des soins apportés, un délai d'attente très long (1h à 2h) pour les patients. Par ailleurs, la situation actuelle en Haïti et les déplacements successifs de population est une problématique majeure pour garantir la continuité des soins.

Les prestataires de l'ISPD sont impuissants pour intervenir sur les problématiques d'hygiène sur les sites. L'insalubrité des sites met à mal la mise en place des projets de l'ISPD.

MSF

MSF intervient dans le cadre de la SMI et de la SSR et propose un soutien psychologique aux futures mères ainsi qu'un soutien aux personnes en crise suicidaire identifiées dans le centre de santé partenaire

MSF intervient en Haïti notamment dans le cadre du soutien psychologique dans la zone de Port à Piment. L'organisation y soutient principalement les mères et futures mères. Pendant la grossesse, les femmes ont un suivi prévu de 5 visites prénatales et un soutien psychologique est proposé à chacune de ces visites. Il peut aussi être proposé un accompagnement après la grossesse en cas de dépression post-partum par exemple.

Avec celles qui sont le plus en détresse, comme par exemple les adolescentes qui ont une grossesse non désirée, MSF, par le biais de ses 2 psychologues, travaille sur la résilience, l'ancrage (scolaire ou familial), et pratique la TCC (thérapie cognitivo-comportementale). Ils travaillent ainsi sur la confiance en soi, l'estime de soi, et aussi beaucoup sur l'image du corps. Avec la grossesse, le corps change et cela peut affecter négativement l'image qu'une femme, surtout une adolescente, a d'elle-même. Elles sont ainsi accompagnées pour faire des plans de bien-être et se projeter aussi positivement que possible dans l'avenir.

MSF assure également des activités communautaires en travaillant avec des promoteurs de santé qui font des sensibilisations communautaires sur la SSR. Ces agents sensibilisent à la fois au sein des communautés et dans les salles d'attente et sont formés aux premiers secours psychologiques (entre autres).

Ainsi, les personnes directement prises en charge par MSF sont celles qui s'inscrivent dans le cadre de la SMI et de la SSR. Des accords et un travail de collaboration se fait avec le MSPP afin que les personnes en situation de crise suicidaire, identifiées par les agents de santé se trouvant dans le centre de santé partagé avec MSF, puissent être référées aux psychologues pour une prise en charge.

Cette modalité de prise en charge, faisant l'objet de documents de référencement clairs et tenant compte de l'importance de la confidentialité, permettent à certaines personnes de bénéficier d'un soutien psychologique sans pour autant faire partie de la cible de MSF. Il s'agit d'un circuit plus long mais qu'il est important de souligner car il semble répondre à un réel besoin et contribuer à combler un manque évident de ressources spécialisées en santé mentale.

Selon MSF, les besoins dans cette zone sont très importants et trop peu couverts du fait de leur isolement, du manque de personnes qualifiées et du manque d'informations et de formations concernant les risques suicidaires à la fois des membres des communautés et des personnels et intervenants divers.

L'OMS/OPS intervient en appui et en soutien au MSPP pour l'accompagner dans le développement de politiques et de stratégies d'interventions, notamment dans le domaine de la santé mentale.

L'OPS appuie le MSPP dans le domaine de la santé mentale pour accompagner sa volonté de renforcer cette thématique et de réduire le taux de suicide en Haïti. Il n'y a pas de données de références (*baseline*) précises en Haïti sur la santé mentale ou sur le suicide, seulement des données très large qui permettent de situer le pays au 5^{ème} rang de la région Amérique sur le taux de suicide identifié, mais il reste un manque de clarté sur ces données collectées pour mieux cerner le problème et donc mieux y répondre.

Le recensement des suicides est difficile à évaluer par l'opposition de ses différentes conceptions, notamment médicales occidentales, culturelles et religieuses. Plus spécifiquement, dans le culte vaudou, le suicide peut être considéré comme l'opération des loas qui prennent possession de la personne et induisent le passage à l'acte suicidaire, tandis que pour la médecine occidentale, l'acte suicidaire relève de l'absence de choix face à une détresse psychique.

Les interventions de l'OPS dans le domaine de la santé mentale sont donc à la fois pour contribuer à mieux comprendre les enjeux relatifs à cette thématique, et plus précisément concernant les risques et comportements suicidaires, et de mettre en œuvre des interventions contribuant à réduire ces risques et à améliorer la santé mentale en Haïti.

L'OPS met en place diverses actions, comme par exemple :

- Des financements, dont celui permettant de renforcer la ligne d'appel d'urgences de l'AHPsy (campagne d'information, soutien logistique, etc.).
- Du renforcement des compétences, notamment en formant des agents de santé au mhGAP. Cette formation, en cours dans l'ensemble du pays. Cette formation doit s'accompagner d'une supervision technique par un professionnel de la santé mentale.
- La prise en charge des psychotropes nécessaires au traitement de certaines pathologies mentales prescrites par les personnels formés au mhGAP ou spécialistes de la santé mentale.
- L'appui organisationnel, en co-facilitant le cluster santé mentale aux côtés du MSPP.
- Le renforcement du volet communautaire en santé mentale (prévention et postvention) à travers une meilleure prise en compte des agents de santé communautaire.

Dans le cadre du programme d'action pour combler les besoins en Santé Mentale (mhGAP), l'Unité de santé mentale du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) avec le support de l'OPS/OMS et de Catholic Relief Services (CRS) a organisé du 17 au 21 janvier 2022 une formation visant à renforcer les compétences des personnels soignants des 4 directions sanitaires du Sud du pays (Nippes, Grand'Anse, Sud et Sud-Est) dans le domaine de la prise en charge de la santé mentale.

OMS/OPS (site web)

Ces actions sont déterminées conjointement avec le MSPP, le rôle de l'OPS étant essentiellement d'appuyer, de conseiller et de financer certaines interventions identifiées comme essentielles à l'amélioration de la santé globale des Haïtiens

La collaboration est bonne, et le MSPP a démontré une réelle volonté à renforcer la prévention et la prise en charge de la santé mentale, et notamment du suicide. Il a fait de cet axe une priorité d'action, bien qu'il soit peu développé dans la politique de santé mentale en cours (qui doit être révisée, car elle date de 2014). « Prévenir le suicide et les tentatives de suicide » dans la politique de 2014 était listé parmi les actions importantes relevant du renforcement du leadership et de la gouvernance dans le domaine de la santé mentale. La principale action mentionnée visait donc à « faire un plaidoyer intensif auprès des pourvoyeurs et de la communauté en général pour la prévention du suicide ». Le MSPP souhaite aujourd'hui s'engager plus fortement dans les actions visant à réduire le suicide et les TS.

Le manque de ressources humaines qualifiées dans le domaine de la santé mentale est une problématique importante. La formation au mhGAP est un moyen de réduire ce gap, mais ce manque affecte également le suivi et la supervision technique nécessaire des personnels formés. En attendant d'identifier de telles ressources, l'OPS assure également cet aspect.

Il reste un travail important à faire pour renforcer les connaissances relatives à la santé mentale et au suicide, à tous les niveaux des instances de l'état, pour assurer une prise en compte efficace de ces thématiques dans les interventions globales en santé.

Il existe d'autres acteurs associatifs impliqués dans le soutien psychosocial qui ont été mentionnés. Cependant ils n'ont pas pu être rencontrés dans le cadre de cette mission. Une actualisation des structures proposant des interventions en SMSPS serait nécessaire pour permettre une meilleure coordination et une meilleure information aux populations des services disponibles.

3.1.2 Les instances de l'État

Il y a plusieurs niveaux d'intervention des instances de l'état Haïtien concernant la santé mentale, le soutien psychosocial.

Au niveau central, le **MSPP**, comme vu précédemment, a pour ambition de mettre à jour sa politique santé et la composante santé mentale en incluant de manière plus spécifique la prévention du suicide. Il est déjà engagé, avec l'appui de l'OPS, sur diverses actions de renforcement de cette thématique, notamment avec la formation de personnels de santé au mhGAP pour réduire le problème relatif au manque de ressources humaines qualifiées en santé mentale.

Les **USM** sont trop peu nombreuses dans le pays (2 à Port au Prince dont l'une est actuellement peu accessible pour des raisons de sécurité). Il y a donc un réel besoin de renforcer ces unités de prise en charge pour répondre aux besoins spécifiques en santé mentale, en lien avec les **Directions Sanitaires** (notamment la DSO pour PaP). Le coût que représente la santé mentale pour les Haïtiens, et le prix des traitements, ont souvent été identifiés comme les freins principaux (en plus des freins relatifs aux représentations et croyances). Améliorer la santé mentale implique donc d'assurer la disponibilité de RH qualifiées dans les centres de santé gérés par le gouvernement Haïtien et de rendre plus accessibles des traitements devant souvent être pris pendant des durées très longues, voire à vie.

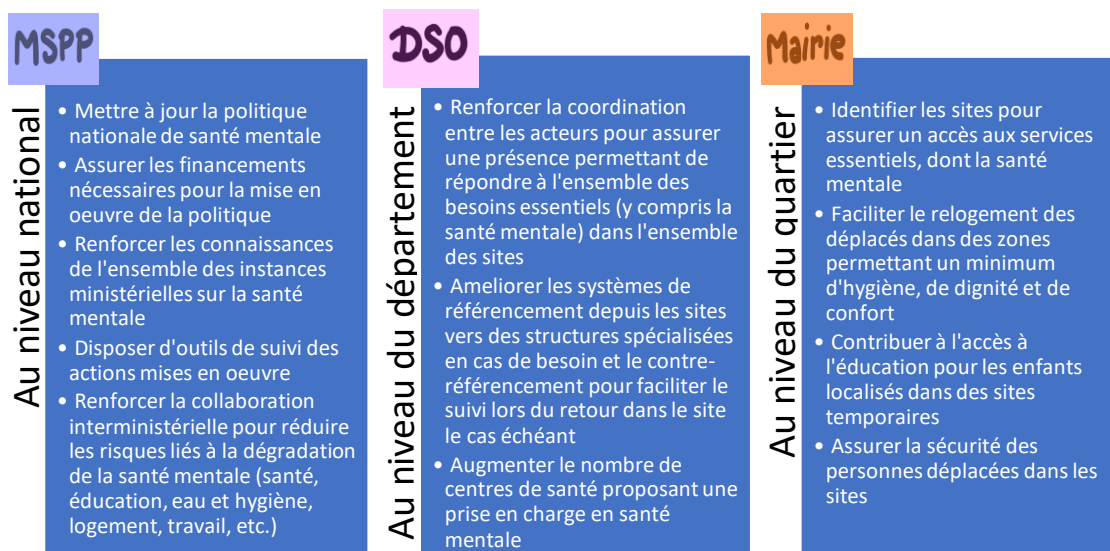
Concernant l'implication des instances de l'état dans les sites, elle est importante et peut, selon les cas, contribuer à réduire ou au contraire affecter négativement la santé mentale des PDI.

Lorsque les **mairies** par exemple mettent à disposition un site pour héberger les déplacés, le lieu est souvent vu comme plus humain, mieux approvisionné et soutenu par les acteurs humanitaires qui sont alors plus faciles à coordonner par la DSO (en ce qui concerne PAP). Les conditions de vie restent difficiles, les tensions avec le voisinage toujours présentes, mais les déplacés ont le sentiment d'être mieux soutenus.

Au contraire, lorsque les déplacés sont installés dans des zones publiques et que la mairie a pour volonté de les déloger (lorsque ces sites sont installés par exemple sur des places ou au bord de routes), cette « menace » associée au manque de solution de relogement acceptable s'ajoute au stress déjà important des personnes vivant dans ces sites. De plus, dans ces contextes, il est souvent interdit aux déplacés de s'équiper avec des éléments pouvant indiquer une intention de rester durablement. Ainsi, il leur est parfois impossible de s'équiper de bâches pour se protéger de la pluie, ou de disposer de sanitaires. Les conditions de vie et d'hygiène sont donc rendues encore plus insoutenables pour ces déplacés.

Il y a donc plusieurs besoins d'interventions identifiés aux différents niveaux des instances étatiques pouvant améliorer les conditions de vie des déplacés et ainsi contribuer à réduire les impacts négatifs sur leur santé mentale, et aussi améliorer la prise en charge de ceux qui en ont besoin et ainsi limiter les conséquences négatives et durables des troubles éventuels (dont le risque de suicide).

Le schéma suivant propose quelques-unes de ces interventions, aux niveaux différents, pouvant contribuer à la prévention et à la prise en charge en santé mentale.



Il est essentiel que l'ensemble des instances travaillent de manière coordonnée et complémentaire. Prévenir les risques d'altération de la santé mentale et prendre en charge ceux qui en ont besoin relève de la responsabilité de tous, à des niveaux différents (approche multiscale).

3.1.3 Ressources religieuses et culturelles

Les croyances et la religion jouent un rôle très important pour les Haïtiens. Ils peuvent être perçus à la fois comme responsables des malheurs qui leur arrivent et comme solution pour les résoudre.

Les personnes interrogées dans les sites ont souvent mis en avant la religion et les autres membres de l'Église comme source de soutien essentielle pour faire face aux défis quotidiens. Parler, prier, méditer sont mentionnés comme des actions « qui font du bien ».

Les tradipraticiens font également partie des ressources identifiées. Si les prêtres vaudous sont souvent aussi « médecins-feuille » (nom donné aux tradipraticiens), l'inverse semble moins vrai et beaucoup de médecins-feuille sont associés à des praticiens en médecine douce et à base de plantes, proposant parfois des massages pour soulager certaines douleurs. Beaucoup consultent des médecins-feuille car ces derniers sont plus accessibles en termes de distance (il y en a dans la plupart des quartiers) et donc de sécurité et aussi parce qu'ils sont moins coûteux ou plus arrangeants sur les paiements.

Concernant la croyance Vaudou, elle est plus discrète, voire cachée, et pourtant très présente. Cette discrétion est sans doute liée à l'histoire de rejet subie par cette croyance et ceux qui y adhéraient. Appuyées par l'Église catholique, les autorités Haïtiennes ont longtemps interdit la pratique du vaudou. Dans les années 40, la « Campagne des rejetés » avait tenté d'éradiquer complètement le vaudou, par des arrestations en série et la destruction des lieux de culte.

En Haïti, on compte environ 65000 lieux de culte chrétiens et il y a plus de 185000 espaces de vaudou.

Les gens, même s'ils ne le disent pas, font appel au vaudou. Les gens parlent peu du vaudou. Ils disent souvent qu'ils ne pratiquent pas. Les gens vont dans les temples, les églises, mais ils vont aussi dans les péristyles chercher des traitements. Quand ils vont dans les péristyles, ils trouvent aussi une communauté de gens avec qui ils dansent, ils chantent, ils prient, ils ont une forme de reconnaissance de leur souffrance, et ça les aide.

R. Jean-Jacques

La maladie mentale reste souvent associée à l'invisible. Les causes des troubles psychiques sont souvent considérées comme divines, magiques. On peut comprendre une fracture, on sait quel choc l'a causée et comment la traiter. Pour la santé mentale, c'est beaucoup plus difficile d'identifier les motifs et les solutions.

L'accès aux psychologues ou psychiatres s'est beaucoup démocratisé et a été dédramatisé depuis l'arrivée de nombreuses organisations proposant des services SMPS après le séisme de 2010. Ces interventions sont moins associées à la folie et leur intérêt est de plus en plus reconnu. Pourtant, avec le départ de nombreuses ONG, ces services sont devenus plus rares, et les prises en charge privées sont généralement trop coûteuses pour les personnes déplacées.

Le recours aux médecins-feuille et aux rituels vaudou est donc lié d'une part aux croyances, les esprits sont responsables de cette situation et le rituel doit faire partir ce Loa, et aux capacités, même si les pratiques vaudous ont un coût, elles sont plus accessibles et les traitements moins longs que les psychotropes.

Il est aujourd'hui de plus en plus admis que les Haïtiens puissent avoir recours à des tradipraticiens à condition que les problématiques les plus lourdes soient prises en charge par la médecine moderne. Plusieurs actions ont déjà été menées pour faciliter la complémentarité des deux approches, notamment dans le cadre du suivi de grossesse et de l'accouchement. Des formations ont été proposées aux médecins-feuille pour mieux identifier les limites de leur pratique et l'importance de référer dans certains cas.

Ce rapprochement peut être important dans le cadre de la santé mentale, car l'importance de ces croyances et le crédit qui est apporté au pouvoir guérisseur des rituels vaudou peut contribuer à aider les Haïtiens, et notamment les déplacés, à faire face à leurs difficultés, à déculpabiliser, à trouver un soutien et des ressources efficaces.



4. INTERVENTION PROPOSÉE

4.1 STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU SUICIDE

La succession de crises multiples affecte sans aucun doute la santé mentale des habitants d'Haïti. Cette altération de la santé mentale peut avoir de multiples conséquences négatives, que ce soit sur l'individu ou sur son entourage, mais aussi sur la communauté dans son ensemble : dépression voire suicide, consommation de substances, violences intra-familiales et intra-communautaires, conséquences économiques liées à l'incapacité de travailler, échec scolaire pour les plus jeunes... Par ailleurs, comme le mentionnait le rapport de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2011)) : « tant pour les patients que pour les familles, les conséquences sociales des troubles mentaux vont du chômage à la désintégration du tissu social en passant par la stigmatisation et la discrimination et une moins bonne qualité de vie. »

Ainsi, les interventions en soutien psychosocial et santé mentale s'avèrent essentielles tant pour réduire les impacts à court terme que pour atténuer les conséquences néfastes à long terme. Prévenir et identifier les comportements suicidaires et mieux prendre en charge les personnes affectées ou concernées peut, entre autres modalités d'intervention, contribuer au bien-être psychosocial et au développement positif, individuel, familial et communautaire.

Wagenaar et al. ont montré que 3 Haïtiens ruraux sur 4 se tournaient préférentiellement vers les tradipraticiens, c'est-à-dire les prêtres, Hougans, Mambos, guérisseurs, plutôt que vers les soins proposés dans les hôpitaux (Wagenaar et al., 2012). Pourtant, il a été montré que de manière générale les Haïtiens sont prêts à essayer des méthodes variées et ce, notamment lorsque les méthodes culturelles et religieuses ont échoué (Khoury et al., 2012). Néanmoins, le frein majeur qui les empêche d'accéder aux soins psychiques demeure le manque de structures psychiatriques. Akwatu Khenti a démontré la compatibilité du Vaudou et des soins psychiques en formant 40 prêtres et prêtresses vaudou aux thérapies cognitivo-comportementales (Moloney, 2015).

Ces informations sont à mettre en perspective avec la situation globale des services de soin psychique en Haïti. Actuellement, les dernières données disponibles traduisent la saturation des services de santé mentale en Haïti, le psychologue Ronald Jean-Jacques relève environ 300 professionnels de santé mentale pour l'ensemble de la population (Alphonse, 2024). Les structures de soins psychiques sont touchées par l'insécurité et la violence des gangs, les centres psychiatriques se situent eux-mêmes dans des zones à risque (rouge ou orange) (Alphonse, 2024).

→ Les 3 niveaux de prévention – OMS (1948)

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1998) définit la prévention telle : « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. »

1. La prévention primaire avant l'apparition de la maladie, regroupe l'ensemble des actions visant à réduire l'incidence d'une maladie ou d'un trouble et de réduire le risque d'apparition de nouveaux cas ;
2. La prévention secondaire au tout début de la maladie, a vocation à diminuer la prévalence d'une maladie ou d'un trouble dans une population. Il s'agit des actes qui vont diminuer l'apparition de la maladie ou faire disparaître les facteurs de risque. Le dépistage, le diagnostic et le traitement en sont des éléments clés ;
3. La prévention tertiaire une fois la maladie installée, concerne l'ensemble des mesures pour « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population ».

→ Le modèle de RS Gordon (1983)

À partir du modèle de prévention de l'OMS basé sur les stades de la maladie, RS Gordon propose un modèle de prévention basé sur la population ciblée des actions de prévention (Flajolet, 2011). Son modèle repose également sur 3 niveaux :

1. La prévention universelle, destinée à l'ensemble de la population et s'appuie sur l'éducation pour la santé.
2. La prévention sélective s'adresse à des sous-groupes de population exposés au risque.
3. La prévention ciblée s'adresse, au sein des sous-groupe, à des individus qui présentent des facteurs de risque spécifiques.

→ Le modèle de prévention globale – J-L San Marco

Aux deux modèles évoqués, le professeur Jean-Louis San Marco regrette le manque d'implication et de participation active des personnes malades. Il propose un modèle qui cherche à ce que la personne malade participe activement à la gestion de sa santé (San Marco, 2016)

En reprenant la typologie de RS Gordon il propose que :

- La prévention universelle devienne la promotion de la santé.
- La prévention sélective devienne la prévention des maladies
- La prévention ciblée devienne l'éducation thérapeutique

La promotion de la santé vise l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale d'un individu, en s'appuyant sur l'amélioration des conditions environnementales, sociales et économiques, c'est-à-dire en intégrant les déterminants de la santé.

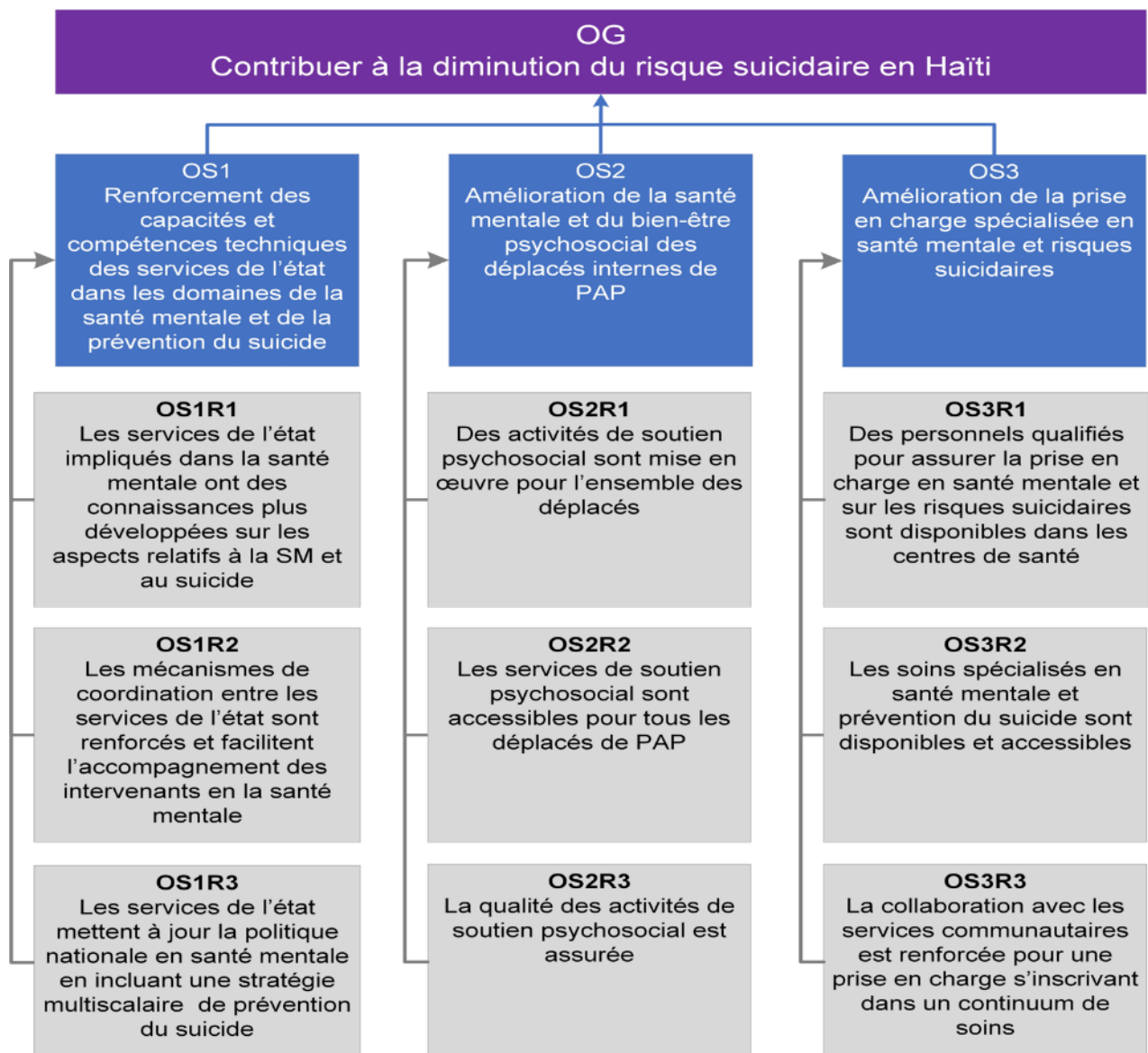
La prévention des maladies s'adresse aux individus exposés qu'ils présentent ou non des facteurs de risque. Ce niveau de prévention traduit les mesures extérieures de prévention ainsi que l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques.

L'éducation thérapeutique s'adresse aux malades dans le but de leur apprendre à gérer leur maladie ou trouble pour éviter a survenue de complications (San Marco, 2016).

4.2 PROPOSITION D'INTERVENTION EN PRÉVENTION DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES EN HAÏTI

Au vu de l'ensemble des éléments présentés dans ce rapport, il apparait que les risques suicidaires sont très forts en Haïti, et notamment au sein des PDI.

Il semble donc important de mettre en œuvre des mesures de préventions multiscales impliquant divers acteurs et une complémentarité d'actions. Ces interventions doivent viser à renforcer les connaissances, les systèmes de soutien et aussi ceux de prise en charge. Le schéma suivant propose une partie d'un cadre logique mettant en avant ce que pourraient être les objectifs spécifiques et résultats attendus dans le cadre d'une telle intervention.



4.2.1 Objectif Global : réduire le risque suicidaire

Le contexte sociopolitique actuel en Haïti augmente les facteurs de risque suicidaire pour l'ensemble de la population et notamment pour les personnes déplacées interne qui sont exposées à des facteurs de stress majeurs liés à leurs conditions de vie, à l'incertitude du climat politique et au manque de perspectives positives : insalubrité, chômage, violence, rupture de soins, stigmatisation, manque d'accès à l'éducation, à l'alimentation, etc.

L'objectif global des interventions suggérées à l'issue de cette évaluation est de **contribuer à la diminution du risque suicidaire en Haïti**.

Cet objectif ambitieux mais nécessaire se traduirait, dans la durée, lorsque l'impact des interventions sera effectif, par une diminution du taux de suicide. Il est donc nécessaire, pour mesurer cet indicateur, de déterminer une valeur initiale et d'identifier les biais relatifs au contexte Haïtien. Par exemple, le fait que les difficultés relatives à l'identification des cas de décès par suicide puissent être réduites suites aux interventions prévues (formation des soignants à ces identifications), une hausse du taux est à envisager dans un premier temps. Cette hausse serait à attribuer à une meilleure capacité des soignants dans l'identification des causes par décès et ne serait donc pas nécessairement représentative d'une augmentation du nombre de décès par suicide.

4.2.2 Objectif spécifique 1 : Renforcer les services de l'État

Afin de contribuer à l'atteinte de cet objectif global, l'OIM a déterminé trois axes stratégiques, dont le premier est le **renforcement des capacités et compétences techniques des services de l'état dans les domaines de la santé mentale et de la prévention du suicide**.

4.2.2.1 Résultat 1.1 : Développer les connaissances

Le développement des connaissances des services de l'état impliqués dans la santé mentale participe à une meilleure prise en compte des enjeux liés au risque suicidaire en Haïti. Une meilleure connaissance des problématiques de santé mentale et plus spécifiquement du risque suicidaire contribue à sensibiliser les personnes en charge à prendre en compte les mesures de prévention dans la mise en place de politiques globales pour diminuer le risque suicidaire.

Plusieurs activités peuvent être menées pour atteindre ce résultat :

- **Atelier de travail sur la prévention du suicide** : Les ateliers de travail renforcent les connaissances des parties prenantes et permettent la mise en application des données statistiques et théoriques.
- **Article sur la situation du suicide en Haïti** : Les publications participent à l'accès à la connaissance des parties concernées à partir de données fiables et actualisées.
- **Conférence pluridisciplinaire sur le suicide, sa prévention et sa postvention** : La diffusion des connaissances par la pluridisciplinarité permet à la fois aux participants d'acquérir un savoir théorique mais également de renforcer les liens institutionnels par la confrontation des expériences et la mutualisation des compétences.

4.2.2.2 Résultat 1.2 : Renforcer les mécanismes de coordination

Le renforcement des mécanismes de coordination entre les services de l'état et la facilitation de l'accompagnement des intervenants de la santé mentale permet une meilleure opérationnalisation des actions de prévention auprès des PDIs.

La coordination des services de l'état régit l'articulation entre les différents acteurs et organismes impliqués dans la prévention du suicide. La facilitation de l'accompagnement des intervenants de la santé mentale améliore la complémentarité de leurs interventions. Les actions pouvant y contribuer sont notamment :

- **Soutien au cluster** (outils, suivi, rapports et compte rendus de réunions, etc.) : Le cluster santé mentale est déterminant pour la coordination des interventions ciblées. Son soutien par des outils opérationnels concrets permet une meilleure cohérence entre les différents dispositifs.
- **Réunions interministérielles** : elles peuvent aider à identifier les enjeux et les solutions face aux défis divers des déplacés (eau, hygiène, éducation, accès aux soins). Ces difficultés sont autant de risques de détérioration de la santé mentale qu'il est primordial de prévenir ou de prendre en compte au plus tôt pour limiter les risques suicidaires. La prévention du suicide est une problématique transversale. La collaboration interministérielle est nécessaire à la mise en place de politiques de prévention globales multimodales et multiscales.

4.2.2.3 Résultat 1.3 : Assurer la disponibilité d'une stratégie nationale de prévention du suicide

Les services de l'état mettent à jour la politique nationale en santé mentale en incluant une stratégie multiscalaire de prévention du suicide. À partir de données actualisées, la définition d'une stratégie multiscalaire de prévention du suicide ancre la santé mentale dans une politique globale de santé publique. Plusieurs actions sont nécessaires pour y parvenir :

- **Formation à l'identification des décès par suicide** : La formation des professionnels médico-légaux à l'identification des décès par suicide actualise leurs compétences en suicidologie en faveur d'une meilleure comptabilisation des cas de suicide.
- **Renforcement des protocoles d'identification et de suivi des comportements suicidaires** : La sensibilisation et l'uniformisation des protocoles permet une meilleure surveillance des comportements suicidaires. Des outils communs et partagés améliorent la communication entre les différents acteurs impliqués et optimisent le partage d'information.
- **Développement d'une base de données** pour garantir le suivi de l'impact des actions (baseline, midline, endline) : Le développement d'une base de données à partir de critères scientifiques quantifiables et objectivables sur les comportements suicidaires (tentatives de suicide et passage à l'acte suicidaire) sont un appui essentiel à la planification des actions et à l'opérationnalisation des objectifs.

4.2.3 Objectif spécifique 2 : Renforcer le soutien psychosocial auprès des PDIs

L'amélioration du bien-être psychosocial des déplacés internes de Port-Au-Prince est un facteur clé de la réhabilitation psychosociale des populations. Cette amélioration implique le développement des ressources et des stratégies de coping, ce qui atténue l'impact délétère des facteurs de stress identifiés auprès des déplacés internes de la ZMPAP à court, moyen et long terme.

4.2.3.1 Résultat 2.1 : Mise en œuvre des activités de SPS

Des activités de soutien psychosocial sont mise en œuvre pour l'ensemble des déplacés. En réponse aux sentiments générés par la peur, l'angoisse, les manques, la perte de dignité et les deuils complexes identifiés chez les PDIs, les activités de soutien psychosocial pouvant être proposées visent à offrir un espace de soutien et un renforcement des stratégies de coping acquises. Il peut notamment s'agir des activités suivantes :

- **Soutien individuel** : L'écoute individuelle participe à restaurer la dignité des personnes par la prise en compte de leur individualité et à repérer les risques suicidaires par une évaluation des manifestations symptomatiques. Les espaces de soutien individuel peuvent être intégrés à d'autres actions de santé et doivent veiller à préserver la confidentialité et la sécurité des personnes.
- **Soutien collectif** (groupes de parole) y compris pour les endeuillés par suicide (postvention) : les groupes de parole contribuent à renforcer le sentiment d'appartenance, sentiment d'être soutenu, à libérer la parole et à décharger les émotions, à se soutenir mutuellement avec des personnes confrontées à des problématiques similaires. Lorsqu'ils sont adressés aux endeuillés par suicide et animés par des professionnels sensibilisés à la prévention du suicide, ils représentent un moyen efficace de postvention à base communautaire. Le soutien des personnes endeuillées par suicide est une action ciblée de postvention qui permet de limiter l'effet de contagion suicidaire par le repérage, le soutien et l'accompagnement des personnes à risque. La postvention auprès des personnes endeuillées par suicide permet également de limiter le risque d'évolution du deuil vers un deuil compliqué ou pathologique.
- **Espace amis enfants** (Child Friendly Spaces)
- **Système de pairs aidant** (y compris avec les communautés hôtes) : L'identification et la formation de personnes ressources au sein d'une communauté à risque de suicide permet un repérage précoce et un meilleur accès aux soins. De plus, les programmes de pairs aidants peuvent s'appuyer sur des « pairs-experts » pour proposer des programmes d'éducation thérapeutique et renforcer la confiance et l'adhésion aux systèmes de prise en charge existants.
- **Accès aux cultes et croyances** : La possibilité d'exercer son culte et/ou ses croyances est un moyen de renforcer le sentiment d'appartenance qui est un facteur de protection déterminant dans la prévention du risque suicidaire. L'implication des communautés concernées dans la conception des lieux de culte et de croyance favorise l'adhésion des membres.
- **Sensibilisation communautaire sur le suicide** (in situ et via SMS/ réseaux sociaux) : Une communication adaptée et ciblée sur la prévention du suicide permet de contrer l'effet Werther qui est l'effet de contagion suicidaire par la médiatisation des suicides. Toute communication sur les suicides en Haïti doit permettre de faciliter l'accès aux ressources existantes. Les SMS et les réseaux sociaux semblent être des médias adaptés et efficaces pour diffuser les messages clés de prévention auprès de la population dans le but de : déconstruire les mythes qui accompagnent le suicide, sensibiliser la population sur l'importance d'une prise en charge de la souffrance psychique, donner des moyens d'agir en incluant l'accès aux ressources existantes et accessibles.

4.2.3.2 Résultat 2.2 : Assurer l'accessibilité des activités de SPS

Les services de soutien psychosocial sont accessibles pour tous les déplacés de Port-Au-Prince. L'accessibilité des services à tous les déplacés de la ZMPAP œuvre en faveur d'un meilleur repérage des personnes à risque de suicide et d'une meilleure prise en charge des personnes repérées. La prise en charge des personnes identifiées participe à diminuer le risque suicidaire.

- **Cartographie des acteurs et des sites** : les cartographies actualisées des acteurs ainsi que des sites et l'élaboration des mécanismes de coordination facilitent l'accès aux services de soutien pour tous les déplacés de la ZMPAP.
- **Renforcer les mécanismes de coordination**. Ces mécanismes, s'appuyant sur une cartographie actualisée et complète, contribue à assurer une meilleure couverture des services, à la fois sur le type de services proposés et sur le fait que ces services soient accessibles à tous.
- **Comblent les écarts liés au ciblage** : développer les circuits courts (directs) et longs (donner accès à ceux hors cible via les CDS par ex.). Le développement des circuits longs vise à favoriser le référencement vers des services de SMSPS proposés par des organisations à des personnes qui ne remplissent pas les critères d'inclusion de cette structure mais présentent le besoin d'un soutien psychosocial ou en santé mentale. Il s'agit donc d'élargir la cible spécifiquement aux personnes en détresse et risque suicidaire avéré. Les circuits longs peuvent être établis par les professionnels de santé en consultant des pairs-experts dans l'objectif de limiter les inégalités d'accès aux soins. L'objectif n'est pas d'inciter les organisations à changer les cibles déterminées par leurs actions voire leur mandat

4.2.3.3 Résultat 2.3 : Assurer la qualité des interventions en SPS

La qualité des activités de soutien psychosocial concourt à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être psychosocial en proposant des interventions ciblées, basées sur la preuve et évaluées régulièrement pour s'ajuster aux besoins spécifiques de la population ciblée.

- **Formation aux PSP, SPS de base et Premiers Secours en Santé à base communautaire (PSSBC) pour les agents communautaires et pairs aidants** : la formations aux Premiers Secours Psychologiques et aux Premiers Secours en Santé à Base Communautaire ont une efficacité démontrée dans la réduction des risques psychiques. Le renforcement des compétences des communautés en premiers secours permet de réduire les risques liés à un passage à l'acte suicidaire.
- **Soutien psychosocial aux équipes (individuel et collectif, sont supervision et référencement du personnel)** : Le soutien psychosocial proposé aux intervenants permet de limiter l'impact des facteurs de risques auxquels ils sont exposés dans le cadre de leur activité. Ce soutien peut être proposé sous plusieurs modalités comme les groupes de pairs, le groupe animé par un manager, le renforcement d'activités de cohésion, les espaces de parole individuels ou collectifs, etc. Quelle qu'en soit la forme, ce soutien proposé aux équipes contribue à réduire les risques psychosociaux et, ainsi, à renforcer la qualité des interventions (des équipes se portant mieux sont plus à-mêmes d'assurer des interventions de qualité, l'absentéisme est réduit, ainsi que le turnover).
- **Formation des managers à la prévention et gestion des risques psychosociaux de leurs équipes** : le déploiement d'une formation spécifique aux manager et chefs d'équipe à la prévention et des risques psychosociaux de leurs équipes permet une prise en charge précoce et adaptée des risques psychiques liés à leur activité.
- **Renforcement des mécanismes de suivi et évaluation des activités SPS** : il s'agit de promouvoir des supervisions orientées sur l'accompagnement, le soutien et le renforcement des équipes et moins sur le contrôle.

4.2.4 Objectif spécifique 3 : Améliorer la prise en charge en santé mentale

L'amélioration de la prise en charge spécialisée en santé mentale et du risque suicidaire renforce la prévention tertiaire du risque suicidaire en limitant l'incidence de la crise suicidaire pour les individus et leurs communautés.

La prise en charge spécialisée en santé mentale et plus particulièrement celle du risque suicidaire permet d'agir spécifiquement sur les effets du risque suicidaire élevé en limitant les conséquences d'un passage à l'acte pour l'individu et le groupe auquel il appartient. Également, l'amélioration de la prise en charge spécialisée en santé mentale et du risque suicidaire permet de diminuer le risque d'occurrence d'un passage à l'acte ultérieur.

4.2.4.1 Résultat 3.1 : Renforcer la disponibilité de personnel qualifié en SM

Des personnels qualifiés pour assurer la prise en charge en santé mentale et sur les risques suicidaires sont disponibles dans les centres de santé. La qualification et la disponibilité des professionnels de santé sont les éléments clés d'une prise en charge efficace et adaptée des personnes qui présentent un risque suicidaire élevé.

- **Formation des agents de santé au mhGAP** : La formation mhGAP des acteurs de santé permet une uniformisation des connaissances et des compétences en matière de repérage, d'évaluation et de prise en charge de la crise suicidaire.

- **Soutien aux universités pour développer les études en SMSPS** : les recherches en santé mentale et soutien psychosocial auprès de la population Haïtienne sont récentes, le développement des études en SMSPS offre la possibilité de renforcer les compétences spécialisées des soignants. Les études en SMSPS auprès de populations ciblées permettent d'adapter les prises en charge aux besoins spécifiques des populations.
- **Formation sur des modules relatifs à la prise en charge et prévention du suicide** : La formation spécifique des professionnels à la prévention du suicide, à la prise en charge du risque suicidaire et à l'intervention de crise renforce les soignants dans leur pouvoir d'agir et limite l'incidence d'une crise suicidaire. Ces formations peuvent être déployées sous la forme de modules spécifiques et complémentaires que ce soit en présentiel ou distanciel sur un mode synchrone ou asynchrone.

4.2.4.2 Résultat 3.2 : Rendre les services de SM plus accessibles et disponibles

Les soins spécialisés en santé mentale et prévention du suicide sont disponibles et accessibles. La disponibilité et l'accessibilité des soins contribuent à garantir l'efficacité des actions de prévention tertiaire.

- **Recrutement de RH en santé mentale dans les CDS, hôpitaux et unités psychiatriques** : Le renforcement des capacités des ressources humaines des centres de santé, hôpitaux et unités de santé mentale par le recrutement de professionnels qualifiés est l'un des éléments déterminants pour permettre la disponibilité et l'accessibilité des services.
- **Renforcement des hotlines en SM** (formation des personnels, extension des plages horaires donc plus de personnels, renforcent technique et logistique...) : La meilleure prise en charge par les lignes téléphoniques d'aide psychologique repose sur plusieurs aspects :
 - La formation spécifique, l'encadrement et le suivi des répondants aux lignes téléphoniques dédiées au soutien psychologique par des professionnels experts assure une meilleure évaluation du risque suicidaire et prise en charge des personnes identifiées.
 - L'extension des plages horaires par le renforcement des capacités RH, techniques et logistiques. L'ajustement des capacités aux besoins de la ligne est un axe fort d'amélioration des lignes d'aide téléphonique.
- **Informations sur les services disponibles en SM** (campagnes de communication). Cette information peut par exemple être véhiculée via des SMS ou par les pair-aidants.

4.2.4.3 Résultat 3.3 : Renforcer la collaboration entre les services de SM et les services communautaires

La collaboration avec les services communautaires est renforcée pour une prise en charge s'inscrivant dans un continuum de soins. Les liens entre les communautés traditionnelles et communautaires renforcent l'accès aux soins et l'observance des traitements et prescriptions. De ce fait, en participant à la continuité des soins, la collaboration entre les services médicaux et communautaires contribue à la prévention tertiaire du risque suicidaire.

- **Groupe de travail interdisciplinaire** (incluant les tradipraticiens) : la mise en place d'un groupe de travail incluant des pratiques médicales et traditionnelles favorise la complémentarité des approches dans la prise en charge du risque suicidaire et facilite le partage d'information sur les situations à risque.
- **Mécanismes de référencement et contre-référencement** : la continuité des soins repose sur un référencement et un contre-référencement protocolisé par les systèmes de soins. La systématisation du contre-référencement est déterminante dans le suivi des situations à risque.
- **Sensibilisation/formation des agents de santé à la surveillance des comportements et risques suicidaires** : la sensibilisation et la formation de la majorité agents de santé à la surveillance des comportements suicidaires permet une meilleure opérationnalisation des prises en charge et des mécanismes de suivi. Cette sensibilisation repose sur la déstigmatisation, démythification et l'information sur les comportements et les risques suicidaires.

5. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

5.1 PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

La compilation des éléments lus, étudiés, collectés ayant permis l'élaboration de ce rapport nous ont amenées à formuler quelques recommandations principales qu'il nous semble important de prendre en considération dans les actions de prévention du suicide :

- **Actualiser la politique de santé mentale et développer une stratégie nationale de prévention du suicide** : de tels documents sont essentiels pour orienter les différentes instances de l'état, en identifiant les actions à mener et en facilitant la mise à disposition des moyens nécessaires à cette mise en œuvre. Cette politique, et cette stratégie, devraient inclure les éléments à la fois communautaires et spécialisés pour garantir une prévention du suicide précoce et plus efficace. Il est également essentiel qu'elles présentent des interventions multimodales, en s'appuyant sur des actions variées et à des niveaux différents de la pyramide d'intervention du IASC.
- **Obtenir des données de référence et disposer d'outils de suivi de l'évolution de la situation** : Avoir des données épidémiologiques sur le suicide est important pour comprendre la situation et adapter les actions, en permettant de mesurer l'efficacité des interventions menées. Ces données doivent prendre en compte les biais identifiés dans le contexte Haïtiens afin de fixer des objectifs pertinents et répondant aux critères SMART.
- **Renforcer les ressources humaines spécifiques à la santé mentale et au soutien psychosocial** : il s'agit d'une part d'augmenter le nombre de ces ressources humaines en renforçant notamment la formation initiale et le recrutement de personnels, et aussi de développer ses compétences (formation continue, supervision technique) et son efficacité (prévention des risques psychosociaux et bien-être au travail).
- **Assurer la prise en compte de l'ensemble des besoins essentiels, incluant ceux en SMSPS** : le manque d'accès aux services de base (à la santé, l'éducation, la nourriture, l'eau, etc.) contribue à la détérioration de la santé mentale. Le soutien psychosocial aide à faire face à la situation et à maintenir ou restaurer une image de soi et renforcer la résilience. Il est donc primordial que les actions visant à répondre aux besoins de base soient assurées en parallèle aux interventions en soutien psychosocial pour limiter le développement de troubles graves de la santé mentale, dont le comportement suicidaire.
- **Optimiser la couverture d'intervention** : les services sont souvent trop peu accessibles, pour de nombreuses raisons (manque de ressources, ciblage trop contraignant, insécurité, etc.). Par exemple, la prise en charge des PDI installées dans des sites moins visibles, plus petits, pourrait être renforcée soit par des actions de proximité (cliniques mobiles) soit en favorisant l'orientation des personnes de ces sites vers d'autres sites ou centres proposant ces services.
- **Développer le soutien par les pairs** : le soutien par les proches, les membres de sa communauté, de sa religion, les amis, a été mentionné comme étant un mode de soutien particulièrement important pour les PDI. Il semble donc important de développer ce type de soutien, via le système de pairs aidants, en créant des espaces d'entre-aide, et aussi en facilitant le recours aux cultes et croyances partagés. Ce dernier point pourrait par ailleurs être amélioré en favorisant la complémentarité entre médecines et croyances traditionnelles et modernes.
- **S'appuyer sur les modes de communication digitaux en maîtrisant les biais éventuels** : les réseaux sociaux, applications, SMS sont autant de moyens de véhiculer des messages et des informations (connaissances, ressources existantes, repérage, postvention) dont l'efficacité a été démontrée ces dernières années en Haïti. Toutefois, ils peuvent aussi être détournés de leurs objectifs positifs et devenir néfaste (effet Werther par exemple). Leur utilisation doit donc être promue, tout en limitant ces effets pervers en formant, par exemple, les journalistes à ces risques.
- **Les représentations Haïtiennes doivent être prises en considération** : l'image de l'homme Haïtien, vu comme fort et résilient, est importante à prendre en compte tant pour ses effets positifs (elle contribue à le valoriser et à faire face) que pour les risques qu'elle peut induire (pression sur ceux qui perdent leurs résistances, stigmatisation des familles dont un membre se serait suicidé...). Par ailleurs, ces représentations peuvent limiter la prise de conscience du risque suicidaire et entrave la démarche de demande d'aide.

5.2 CONCLUSION

Le contexte sociopolitique Haïtien instable et la présence forte de gangs violents provoquent depuis plusieurs années des mouvements de population interne. L'évaluation présentée dans ce rapport se focalise sur les comportements suicidaires des personnes déplacées interne et les modalités possibles de prévention du suicide.

Les recueils bibliographiques ainsi que la méthodologie d'enquête de terrain à Port-Au-Prince ont conduits à un ensemble de résultats permettant de produire cette évaluation. Le premier résultat pose un écart entre la représentation des suicides en Haïti par la population Haïtienne et la réalité clinique et statistique mesurée par les professionnels concernés. Cet écart de représentation participe à la sous-estimation du nombre de suicide et constitue un biais statistique important.

Les impacts de la situation et du contexte sur la santé mentale sont multiples et touchent diverses personnes concernées en Haïti. Les personnes déplacées internes sont les plus exposées aux facteurs de stress et expriment de la peur, de l'angoisse, et d'importants manques notamment pour satisfaire leurs besoins primaires et garantir leur sécurité.

La présence des personnes déplacées sur les sites entraîne une multitude de sentiments comme la frustration, la peur, l'inquiétude ou encore la colère chez les communautés hôtes.

Les intervenants de 1ère ligne eux, ont témoigné de sentiments de peur, du manque de ressources pour gérer le stress, de frustration et d'impuissance d'être confrontés à la détresse des personnes déplacées interne et au manque de moyens pour y faire face.

Les résultats de l'évaluation nous ont également conduits à constater l'importance majeure et déterminante de la présence des ONG, des agences des Nations Unies et des partenaires de l'OIM notamment auprès des personnes déplacées internes.

Cependant, cette présence est sujette à de nombreux défis qui rendent l'assistance proposée par ces organisations parfois insuffisante, ou pas assez accessible à certains de ceux qui en ont pourtant le plus besoin.

Si des actions destinées à des populations spécifiques sont déployées, il n'existe pas ou peu de dispositifs accessibles aux personnes en dehors des critères d'inclusion spécifiques aux actions.

De même, la présence des instances de l'état comme la DGPC, la DSO ou encore les mairies est soutenante, valorisée et respectée par les personnes déplacées vivant sur les sites. L'ensemble de nos recherches et observations conduisent à pointer le besoin d'établir une stratégie nationale de prévention du suicide multimodale, cohérente et à plusieurs échelles.

Ce rapport met en évidence le fait que le risque suicidaire est important en Haïti et qu'il est urgent de mettre en place des mesures préventives.

Ces mesures impliquent des interventions à des niveaux différents (global comme local, institutionnel et non gouvernemental, etc.), des interventions communautaires et spécialisés, coordonnés et impliquant de multiples acteurs pouvant contribuer à renforcer le bien-être psychosocial des personnes déplacées internes et, ainsi, réduire le risque suicidaire.



RÉFÉRENCES

- Alphonse, R. (2024, février 20). Haïti : Grande détresse humaine et hausse des pensées suicidaires. *Le nouvel-iste*.
- Amnesty International. (2021). Partout en danger. Les personnes haïtiennes en mouvement ont d'urgence besoin d'une protection internationale. *Amnesty International*.
- Audebert, C. (2012). Chapitre 7. L'intégration de la diaspora : Un enjeu majeur pour l'avenir d'Haïti. In *La diaspora haïtienne : Territoires migratoires et réseaux* (p. 147-158). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.26979>
- Auguste, E., & Rasmussen, A. (2019). Vodou's role in Haitian mental health. *Global Mental Health*, 6, e25. <https://doi.org/10.1017/gmh.2019.23>
- Banque Mondiale. (2023). *Haïti Présentation*. La banque Mondiale en Haïti. <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview>
- Bibb, A., & Casimir, G. J. (1996). Haitian families. In *Ethnicity and family therapy, 2nd ed* (p. 97-111). The Guilford Press.
- Brunet, A., Séguin, M., & LeBlanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Gaëtan Morin éditeur.
- Cadichon, J. M., & Derivois, D. (2019). Récits post-traumatiques dans le contexte post-séisme 2010 en Haïti. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(8), 769-773. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.07.013>
- Carrazana, E., DeToledo, J., Tatum, W., Rivas-Vasquez, R., Rey, G., & Wheeler, S. (1999). Epilepsy and religious experiences : Voodoo possession. *Epilepsia*, 40(2), 239-241. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1999.tb02081.x>
- Center for Disease Control. (2022). *Preventing Suicide Requires a Comprehensive Approach*.
- Collectif Haïti. (2003). Histoire de la migration haïtienne. *Collectif Haïti France*. <https://www.collectif-haiti.fr/haiti/migration-haitienne/>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide : Étude de sociologie*. Alcan.
- Flajolet, A. (2011). *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
- Hadson Archange, A. (2019). *Dépression, suicide... Les troubles mentaux tuent en Haïti*. AyiboPost. <https://ayibopost.com/depression-suicides-les-troubles-mentaux-tuent-silencieusement-en-haiti/>
- Hagaman, A., Wagenaar, B., Mclean, K., Kaiser, B., Winskell, K., & Kohrt, B. (2013). Suicide in rural Haiti : Clinical and community perceptions of prevalence, etiology, and prevention. *Social science & medicine* (1982), 83, 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.032>
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., Jong, J. T. V. M. D., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2009). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention : Empirical Evidence. *FOCUS*, 7(2), 221-242. <https://doi.org/10.1176/foc.7.2.foc221>

- IASC. (2007). *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. Inter-Agency Standing Committee.
- ICD-11. (2022). <https://icd.who.int/fr>
- Joiner Jr., T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior : Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 634-646. <https://doi.org/10.1037/a0016500>
- Keys, H. M., Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Khoury, N. M., & Brewster, A.-R. T. (2012). Idioms of distress, ethnopsychology, and the clinical encounter in Haiti's Central Plateau. *Social Science & Medicine, 75*(3), 555-564. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.040>
- Khoury, N. M., Kaiser, B. N., Keys, H. M., Brewster, A.-R. T., & Kohrt, B. A. (2012). Explanatory Models and Mental Health Treatment : Is Vodou an Obstacle to Psychiatric Treatment in Rural Haiti? *Culture, Medicine, and Psychiatry, 36*(3), 514-534. <https://doi.org/10.1007/s11013-012-9270-2>
- KIEV, A. (1961). Folk psychiatry in Haiti. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 132*, 260-265. <https://doi.org/10.1097/00005053-196103000-00008>
- Miller, N. L. (2000). Haitian Ethnomedical Systems and Biomedical Practitioners : Directions for Clinicians. *Journal of Transcultural Nursing, 11*(3), 204-211. <https://doi.org/10.1177/104365960001100307>
- Moloney, A. (2015, janvier 9). Voodoo priests, doctors on frontline of Haiti's mental healthcare. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/idUSKBNOKI1NB/>
- OCDE & Interuniversity Institute for Research and Development. (2017). *Interactions entre politiques publiques, migrations et développement en Haïti*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264278844-fr>
- OMS. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
- Organisation Internationale pour les Migrations (OIM). (2015). *Migration en Haïti : Profil Migratoire National 2015*. <https://publications.iom.int/books/migration-en-haiti-profil-migratoire-national-2015>
- Organisation Internationale pour les Migrations (OIM). (2023). *Témoignages des PDIs*. OIM, Haïti.
- Organisation Internationale pour les Migrations (OIM)- DTM. (2023). *Suivi des mouvements des populations Ouest—Round 5*. OIM.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (s. d.). *Santé mentale*. OMS- Thèmes de santé. <https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2011). *WHO MiNDbank—OMS Rapport sur le Système de Santé Mentale—Haïti (WHO-AIMS Report—Haïti)*. <https://extranet.who.int/mindbank/item/2459>
- Paulson, P.-P. (2023, mai 23). Immolation par le feu à Vertières : Désespoir personnel ou protestation politique ? *Lenational.Org/*. https://lenational.org/post_article.php?tri=1145
- ReliefWeb. (2023, août 18). *Les Haïtiens déplacés sont exposés à des risques accrus sur les sites improvisés—Haïti*. Relief Web. <https://reliefweb.int/report/haiti/les-haitiens-deplaces-sont-exposes-des-risques-accrus-sur-les-sites-improvises>
- ReliefWeb. (2024, janvier 5). *Haïti : Etat des lieux de la réponse humanitaire Rapport de Situation – Octobre-Novembre 2023 - Haïti |*. <https://reliefweb.int/report/haiti/haiti-etat-des-lieux-de-la-reponse-humanitaire-rapport-de-situation-octobre-novembre-2023>
- Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G. A., Moore-Lewis, B., Mills, D. H., & Murray, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences, 33*(6), 1445-1456.
- San Marco, J.-L. (2016). 7. Promotion de la santé et prévention des maladies. In *Traité de santé publique* (p. 43-53). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0068>
- Schininà, G. (2019). *Santé mentale et migration. Définitions et complexités*.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel : A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>

Stanley, R. (Réalisateur). (2002, septembre 7). *The White Darkness* [Documentaire, Historique]. Aimimage Productions, Shadow Theatre Films.

Sterlin, C. (2006). Pour une approche interculturelle du concept de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11.

Toussaint, S. (2023, août 10). *Haïti, les multiples et récents cas de suicide enregistrés expliqueraient-ils le déclin d'une résistance naturelle de l'Haïtien face aux aléas de la vie ?* Lenational.Org/. https://lenational.org/post_article.php?tri=1270

UNHCR. (2008). *Manuel pour la protection des déplacés internes*. HCR, Genève.

UNHCR. (2019, avril 11). *Santé mentale et soutien psychosocial*. UNHCR- Emergency Handbook. <https://emergency.unhcr.org/fr/emergency-assistance/sant%C3%A9-et-nutrition/sant%C3%A9-mentale-et-soutien-psychosocial>

Wagenaar, B. H., Hagaman, A. K., Kaiser, B. N., McLean, K. E., & Kohrt, B. A. (2012). Depression, suicidal ideation, and associated factors : A cross-sectional study in rural Haiti. *BMC Psychiatry*, 12(1), 149. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-149>