

REGARDS CROISÉS SUR LE SUICIDE ET LES CONDUITES SUICIDAIRES



Le suicide en GUYANE

Yélian AHOGBEHOSSOU¹, Cédric DULONDEL¹, Naïssa CHATEAU-REMY¹, Isabelle HIDAIR-KRIVSKY²

¹ Observatoire Régional de la Santé de Guyane-Crisms, ² Anthropologue sociale et ethnologue

SOMMAIRE

| | |
|----------------|----|
| Objectifs | 2 |
| Méthode | 2 |
| Chiffres clés | 3 |
| Les entretiens | 6 |
| Synthèse | 10 |
| Zoom | 11 |
| Références | 12 |
| Annexe | 13 |

contexte

La France et les ORS des cinq DROM (Guadeloupe, Guyane,

Martinique, Mayotte et La Réunion) ont proposé de réaliser un diagnostic interrégional pluri-thématique pour identifier les spécificités des conduites suicidaires dans les DROM. Les cinq territoires ultramarins sont marqués par des spécificités géographiques, culturelles, socioéconomiques et sanitaires ou encore liés à leur histoire avec également une hétérogénéité entre chaque territoire. Les constats sur les conduites suicidaires dans les DROM diffèrent de ce qui peut être observé dans l'Hexagone. La mortalité par suicide et les tentatives de suicide au cours de la vie semblent moins fréquentes dans les DROM qu'en France hexagonale¹.

Cette fiche présente une synthèse des données quantitatives recensées (nombre d'hospitalisation pour tentatives de suicide, nombre de passages aux urgences, nombre de décès par suicide), ainsi qu'une revue bibliographique et une revue de presse sur les études spécifiques sur les conduites suicidaires en Guyane. Pour mieux interpréter les données quantitatives, trois entretiens semi-directifs et deux focus group ont été réalisés auprès des acteurs de terrain intervenant auprès des personnes concernées et des familles. Cette fiche présente également les points forts de ces échanges.

La Guyane est un département français qui se situe sur la côte nord-est du continent sud-américain, au cœur du bassin amazonien, entre le Brésil à l'Est et au Sud, le Surinam à l'Ouest et la côte atlantique au Nord (cf. annexe).

D'un point de vue socio-démographique, le département comptait 296 058 habitants au 1^{er} janvier 2022 (INSEE), et ce nombre ne cesse de croître (du fait de soldes naturel et migratoire positifs), entraînant ainsi un important phénomène d'urbanisation souvent spontanée.

Les communes du littoral de la Guyane sont dotées d'infrastructures et de services quasi similaires aux pays industrialisés et les communes dites de « l'intérieur » de la Guyane ont une organisation et des ressources se rapprochant des pays en voie de développement. La moitié de la population guyanaise vit sous le seuil de pauvreté et le niveau de vie reste très inférieur à celui des Français de l'Hexagone. La Guyane est l'une des régions de France (hors Mayotte) où les richesses sont les plus inégalement réparties.

En Guyane française, les patients sont pris en charge dans trois Centres hospitaliers (CH) sur le littoral (Cayenne, Saint-Laurent-du-Maroni, Kourou). En dehors des CH, la prise en charge des patients est assurée par des médecins libéraux et des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS).

C'est dans ce contexte que nous devons appréhender la problématique du suicide et des conduites suicidaires.

¹ Santé Publique France. Santé mentale et COVID-19 : conduites suicidaires en Guyane. Bulletin de santé publique, février 2023. Santé publique France, 2023



Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un diagnostic interrégional afin d'identifier les spécificités des conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte), ainsi que leurs déterminants. Plus spécifiquement, les objectifs de cette étude sont les suivants :

- Recenser les données et les études spécifiques sur les conduites suicidaires et leurs déterminants dans chacun de ces territoires ;
- Procéder à une analyse croisée de ces données afin d'identifier les similitudes et les différences entre les territoires ;
- Formuler des recommandations concrètes en termes d'actions à mettre en place pour prévenir les conduites suicidaires dans ces régions.



Méthode

L'étude repose sur une méthode de recherche mixte, combinant des approches quantitatives et qualitatives.

Afin d'identifier les similitudes et les différences interrégionales, la recherche s'articule autour de quatre axes thématiques :

- Dispositifs d'observation et de connaissances,
- Facteurs de risque et déterminants,
- Représentations et facteurs culturels,
- Environnement sanitaire.

Elle s'est déroulée en deux phases distinctes :

Phase 1 : une recherche bibliographique et une veille afin de présenter le contexte sociodémographique, les données épidémiologiques, culturelles, sanitaires et les dispositifs d'observation disponibles dans chaque région. Une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise concernant les quatre axes de l'étude a également été réalisée.

Phase 2 : une enquête qualitative par entretiens individuels et *focus group* auprès d'une diversité d'acteurs intervenant dans différents domaines d'action présents sur chaque territoire. Les informations recueillies ont été synthétisées selon chaque axe thématique et font l'objet d'une analyse croisée entre les cinq territoires.



1. CHIFFRES CLÉS

A. Hospitalisations liées à une tentative de suicide en Guyane

Plus de 150 séjours en lien avec une tentative de suicide enregistrés en Guyane en moyenne par an sur la période 2018-2021

Sur la période 2018-2021, 627 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en Guyane chez des personnes âgées de 10 ans et plus, soit en moyenne 157 hospitalisations par an.

Chez les moins de 15 ans, les filles sont 5 fois plus souvent concernées que les garçons

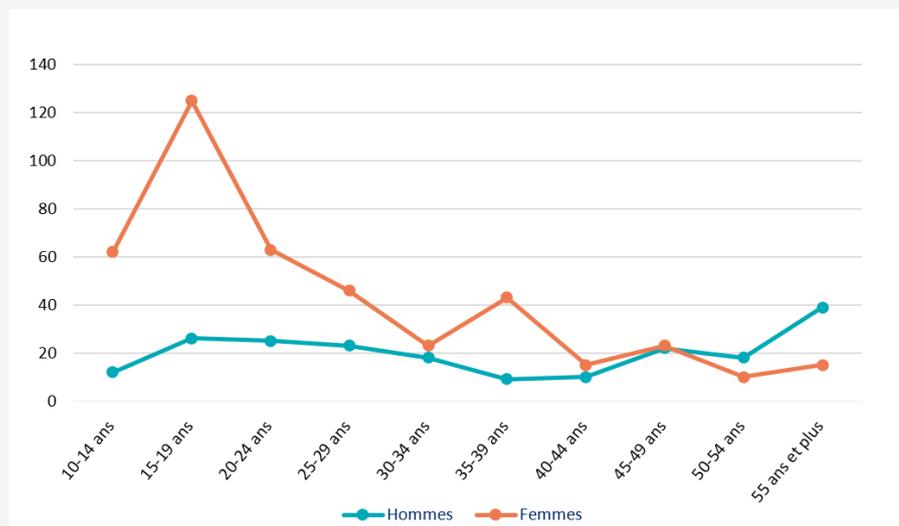
Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes (67,8 %) que chez les hommes (32,2 %). Cette répartition est différente selon les classes d'âge. Chez les moins de 15 ans, 83,8 % des jeunes hospitalisés sont des filles. À l'inverse, chez les patients de 50 ans et plus, les séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide sont plus fréquents chez les hommes (respectivement 64,3 % et 72,2 %).

Taux de recours à une hospitalisation pour tentative de suicide plus important chez les 15-29 ans

En Guyane, rapporté à la population du territoire, le taux spécifique d'hospitalisation pour une TS est de 61 pour 100 000 habitants en 2021. Ce taux est plus important chez les femmes (86/100 000 femmes) que chez les hommes (34/100 000 hommes).

Le taux spécifique de recours à l'hospitalisation pour une TS est plus important chez les jeunes, de 10-19 ans (60/ 100 000 habitants) et 20-29 ans (56/100 000 habitants).

FIGURE 1. TAUX DE RECOURS À L'HOSPITALISATION POUR TS SELON LE SEXE ET LA CLASSE D'ÂGE, EN 2021 (TAUX POUR 10 000 HAB.)



Source : SNDS PMSI MCO - Exploitation ORS Guyane-CRISMS

L'auto-intoxication médicamenteuse, principal mode de tentative de suicide

Plus de la moitié des TS enregistrées sur la période 2018-2021 (53,4%) concernait des actes d'auto-intoxications médicamenteuses (59,7% des séjours féminins et 40,1% des séjours masculins).

Concernant les auto-intoxications non médicamenteuses, par d'autres produits (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques), elles sont notifiées dans 33,0% des hospitalisations (37,1% des séjours masculins et 31,1% des séjours féminins).



TABLEAU 1. PART DES MODES OPÉRATOIRES DE TENTATIVE DE SUICIDE SELON LE SEXE ET DURÉE DU SÉJOUR HOSPITALIER - DONNÉES 2018-2021

| Mode opératoire | Ensemble | | Hommes | | Femmes | | Durée de séjour | |
|--------------------------------------|----------|------|--------|------|--------|------|-----------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | Moyenne | Médiane |
| Auto-intoxication médicamenteuse | 335 | 53,4 | 81 | 40,1 | 254 | 59,7 | 3,7 (±7,4) | 1 (1-3) |
| Auto-intoxication non médicamenteuse | 207 | 33 | 75 | 37,1 | 132 | 31,1 | 4,9 (±10,7) | 1 (1-4) |
| Pendaison, strangulation | 28 | 4,5 | 20 | 9,9 | 8 | 1,9 | 8 (±9,1) | 4 (1-12,5) |
| Noyade | 3 | 0,5 | 3 | 1,5 | 0 | 0,0 | 2,3 (±1,1) | 3 (1-3) |
| Exposition aux fumées, gaz, flammes | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | - | - |
| Objet tranchant ou contondant | 54 | 8,6 | 13 | - | 41 | - | 4,6 (±5,2) | 2 (1-8) |
| Saut dans le vide | 10 | 1,6 | 3 | 1,5 | 7 | 1,7 | - | - |
| Collision intentionnelle | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | - | - |
| Autres moyens non précisés | 19 | 3 | 5 | 2,5 | 14 | 3,3 | 3,7 (±1,8) | 4 (2-5) |

Source : SNDS PMSI MCO - Exploitation ORS Guyane-CRISMS

B. Mortalité par suicide

57 décès par suicide enregistrés sur la période 2015-2017, soit en moyenne 19 décès par an

Sur la période 2015-2017, 57 décès par suicide ont été recensés en Guyane, soit 19 décès en moyenne par année. Sur une période de 10 ans, on observe une baisse du nombre annuel de décès par suicide en Guyane, passant de 23 décès en 2007 à 19 décès en 2017, soit une baisse de 17,4 %.

La mortalité par suicide touche environ 2 fois plus les hommes que les femmes entre 2007-2017

Sur la période 2007-2017, on observe que la mortalité par suicide touche 2,2 fois plus d'hommes que de femmes (204 décès dont 140 chez les hommes). Néanmoins, en 2017, on dénombre plus de décès chez les femmes (12) que chez les hommes (7).

Les décès concernaient surtout les classes d'âges de 15-24 ans (27,54 %), de 25-34 ans (22,22 %) et de 35-44 ans (17,39 %).

Les plus de 65 ans représentent 7,25 % des personnes décédées par suicide. Ainsi, environ 9 décès par suicide sur 10 ont lieu avant 65 ans.

Majoritairement, des suicides par pendaison

Enfin, concernant le mode opératoire, les suicides par pendaison sont majoritaires (58,0 %). Quel que soit le sexe, la pendaison reste le principal mode opératoire, respectivement 61,9 % chez les femmes (39/64) et 55,7 % chez les hommes (78/140). Les lésions auto-infligées par arme à feu sont le second mode opératoire le plus souvent enregistré (18,8 %).

Des taux de mortalité par suicide, standardisés sur l'âge, plus élevés en France hexagonale qu'en Guyane

Le taux standardisé de mortalité annuel moyen, standardisé sur l'âge, tous sexes confondus, a diminué en Guyane. Il passe de 13,4 pour 100 000 habitants sur la période 2003-2005 à 8,6 pour 100 000 habitants sur la période 2015-2017.

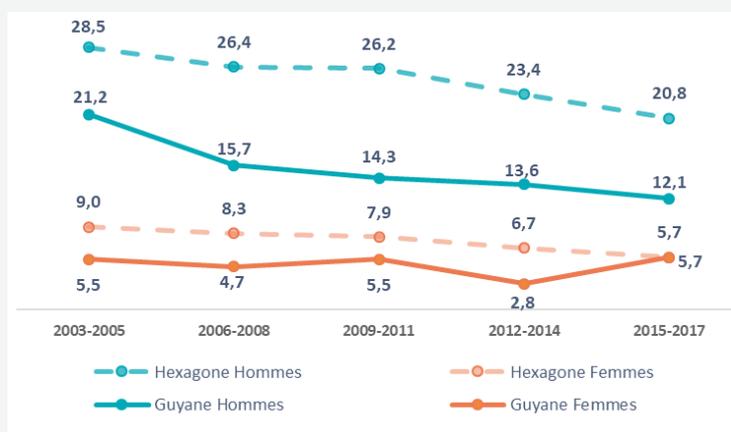
Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité moyen annuel passe de 21,2/100 000 hommes en 2003-2005 à 12,1/100 000 hommes en 2015-2017. Chez les femmes, le taux de mortalité standardisé annuel n'a pas changé sur ces deux périodes : 5,5/100 000 femmes en 2003-2005 et 5,7/100 000 femmes en 2015-2017.



En France hexagonale, on observe également une diminution du taux standardisé de mortalité par suicide. Le taux annuel moyen, tous sexes confondus, passe de 17,7 à 12,7 pour 100 000 habitants entre respectivement les périodes 2003-2005 et 2015-2017.

Chez les hommes, le taux passe de 28,5 à 20,8/100 000 et chez les femmes de 9,0 à 5,7/100 000 femmes entre les deux périodes.

FIGURE 2. ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE STANDARDISÉ (POUR 100 000 HAB.) SELON LE SEXE (MOYENNE ANNUELLE SUR UNE PÉRIODE DE 3 ANS) EN GUYANE ET EN FRANCE HEXAGONALE ENTRE 2000-2017



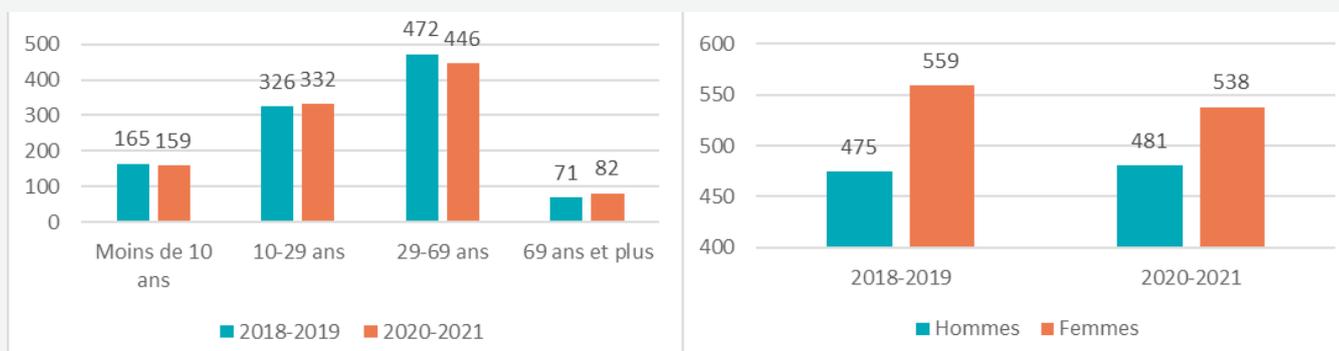
Source : Inserm-CepiDC - Exploitation ORS Guyane-CRISMS

C. Passage aux urgences

Pendant la période 2018-2019 à 2020-2021 en Guyane, les passages aux urgences pour gestes suicidaires ont légèrement diminué chez les femmes, ainsi que chez les jeunes de moins de 10 ans, et de 29-69 ans. *A contrario*, les passages aux urgences pour gestes suicidaires ont augmenté chez hommes, ainsi que chez les 10-29 ans et les plus de 69 ans.

Pendant la période 2018-2019 à 2020-2021 en Guyane, les passages aux urgences toutes causes chez les hommes et les femmes stagnent sans variation significative au fil du temps. La même tendance est également constatée en fonction de l'âge, avec des passages aux urgences toutes causes plus fréquents chez les 29-69 ans.

FIGURE 3. PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTES SUICIDAIRES SELON LA TRANCHE D'ÂGE ET SELON LE SEXE



2. LES ENTRETIENS

AXE 1 : Connaissances et dispositifs

A. Une abondante littérature relative aux conduites suicidaires

La revue bibliographique met en évidence une abondante littérature relative à la question du suicide en Guyane. Différents champs disciplinaires sont concernés (Médecine, Sociologie, Psychologie, etc.), ainsi que différents supports (rapports, missions ministérielles, articles scientifiques, etc.). Notons que pour la Guyane, l'essentiel des études porte sur les populations amérindiennes qui vivent à l'intérieur du territoire. Nos entretiens mettent en évidence que d'autres populations vulnérables sont concernées. En effet, les profils sont variés : population urbaine, récemment arrivée en Guyane, en situation d'isolement et en difficulté d'insertion ; population migrante clandestine tiraillée entre la crainte d'être reconduite à la frontière et le besoin de travailler afin de renvoyer une partie des revenus dans le pays d'origine ; adolescents désœuvrés rencontrant des difficultés à se projeter dans un avenir positif.

B. Des programmes, outils

L'association Action pour le Développement, l'Éducation et la Recherche (ADER) mène un programme de promotion du bien-être, de prévention du suicide et d'accès à la santé « **Agir ensemble pour vivre mieux sur le territoire de l'intérieur** » qui vise à renforcer le pouvoir d'agir des acteurs concernés, en particulier des habitants, en vue d'améliorer la santé et le bien-être des adolescents et jeunes adultes en difficultés et souffrance psychique.

BEPI « Bien-être des populations de l'intérieur de Guyane » est un programme médico-social et de promotion de la santé de l'ARS de Guyane qui vise à recueillir et à soutenir les projets des populations et à accompagner les porteurs de projets locaux résidants à Camopi et Maripasoula. Il s'agit d'une intervention innovante pour agir sur les facteurs protecteurs contre les conduites suicidaires.

Le Centre Ressources Prévention Suicide (CRPS) est une plateforme qui combine les fonctions d'observatoire, d'intervention de crise, de prévention de la récurrence et d'organisation de formations. C'est un outil porté par le pôle de psychiatrie du CHC. Le CRPS est doté de 4 grands outils :

- L'Observatoire Régional du Suicide : recueille les données relatives au suicide, analyse les résultats (facteurs de risque, incidence par âge ou par commune, etc.).
- L'Équipe Mobile d'Intervention de Crise (EMIC) : un dispositif dédié à l'intervention de crise. Il est mobilisable rapidement. Son objectif est d'avoir un impact sur la contagion suicidaire.
- Le dispositif Vigilans : assure un recontact téléphonique pour des personnes qui ont réalisé un geste suicidaire et qui sont passées dans une structure de soins, de suivi ou d'aide. Le but de ce dispositif est d'avoir un levier sur la récurrence.
- La formation : le CRPS organise et déploie une offre de formation en prévention suicide sur tout le territoire.



AXE 2 : Des causes multifactorielles

A. Les dynamiques socioculturelles familiales en Guyane : entre traditions et modernité

L'isolement géographique des communes et villages de l'intérieur de la Guyane est souvent abordé. Ainsi, l'absence de services administratifs et de transports en commun réguliers, s'ajoutent à l'absence d'infrastructures, de services (Internet, eau, téléphone, etc.) et d'activités culturelles, sociales ou économiques.

Selon les personnes rencontrées, une part de la population guyanaise subit plusieurs chocs d'intensité variable dans leur confrontation avec la société devenue moderne. La majorité d'entre elles témoigne sur l'impossible dialogue entre parents et enfants, et sur la déstructuration de la cellule familiale qui en découle. **L'enjeu serait de reconnaître, respecter et accompagner la double appartenance des enfants à une culture maternelle à laquelle ils demeurent attachés et à une culture occidentale dont ils ne veulent pas laisser de côté les avantages.**

B. Le poids des relations intrafamiliales

Plusieurs interlocuteurs ont évoqué le fait que les différends familiaux et conjugaux peuvent conduire à des conduites suicidaires. Ainsi, le jeune se tue pour « punir sa famille » de la contrariété infligée. Ce chantage contraint certains parents à renoncer à affirmer leur autorité.

La consommation aussi importante d'alcool semble jouer un rôle majeur dans la dégradation des relations au sein de la famille. Il conduit à la banalisation des violences, envers les femmes et les adolescents, à l'impossibilité du dialogue entre parents et enfants, à la disparition du respect envers des aînés trop souvent absents, à l'errance d'enfants livrés à eux-mêmes..

C. Les difficultés d'insertion des jeunes Guyanais

Qu'ils soient du littoral ou de l'intérieur, les jeunes sont souvent confrontés à des difficultés d'insertion. Ils semblent éprouver un sentiment de dépossession, peiner à trouver leur place et à se projeter dans l'avenir. Le passage d'un mode de vie traditionnel à un mode de vie occidental peut engendrer un mal-être, un décalage entre les générations.

Chez les jeunes filles, des comportements à risque sexuels peuvent conduire à des grossesses précoces. Dès lors, se pose la question des interruptions volontaire de grossesses (IVG) qui vient se heurter à des croyances. Dans ce contexte, les jeunes filles peuvent se sentir acculées et ainsi passer à l'acte.

Pour les garçons, en lien avec l'internat, **l'exposition et la consommation de substances psychoactives** peuvent générer des comportements d'agressivité, de violence qui peuvent contribuer à leur échec scolaire et conduire à l'errance.

AXE 3 : Représentation et facteurs culturels

A. La banalisation du suicide et le passage à l'acte impulsif

Les experts sollicités constatent que le suicide peut être banalisé lorsque des cas se sont produits dans l'entourage familial. Ce phénomène est perçu comme « transgénérationnel » et « acceptable ». Il est démontré qu'il existait un lien entre la médiatisation autour d'un cas de suicide et le nombre de personnes qui mettaient fin à leur existence peu de temps après la divulgation. Certains individus en mal de vivre seraient donc susceptibles de passer à l'acte.

Certains experts interrogés constatent l'impulsivité du passage à l'acte. Il suffit que l'alcoolisation et les conflits conjugaux ou intrafamiliaux surviennent pour passer à l'acte. Dès lors, cela engendre de l'inquiétude et d'hypervigilance chez les soignants ainsi qu'au sein des familles où l'on entend souvent : « Tout le monde est susceptible de passer à l'acte ». La potentielle impulsivité du passage à l'acte rend très difficile le repérage des personnes à risque.

B. Le rôle du fait religieux

De nombreux interlocuteurs ont mis en évidence la place importante de la religion. Mais, ils notent aussi l'affaiblissement du rôle du guérisseur peu à peu remplacé par les églises évangéliques. Selon eux, le facteur protecteur des jeunes, c'est Dieu. La majorité des jeunes est croyante. Certains vont à l'église et tissent des liens sociaux et constitue pour eux un soutien lors d'épisodes difficiles. La religion occupant une place importante, les représentants des différentes congrégations devraient être associés aux dispositifs de sensibilisation qui sont mis en place par l'État et les collectivités.

De même, certains acteurs ont alerté sur le fait que de nombreuses personnes rapportent que leur tentative de suicide est guidée par Dieu. Ainsi, la religion peut produire deux effets antagonistes : elle peut aider, accompagner d'une part ; elle peut être à l'origine de conduites suicidaires d'autre part.

C. Le tabou de la maladie mentale

La représentation de la maladie mentale est encore fortement stigmatisée. Tout ce qui renvoie à la psychologie, à une connotation négative. Il y a cette réticence à aller vers un professionnel de santé mentale parce que cette démarche est considérée comme étant « réservée aux fous ».

Pourtant, les adolescents sont plus enclins à accepter les traitements. En effet, une différence est observée entre les générations car l'actuelle va exprimer clairement l'envie de rencontrer le psychologue alors que de nombreux parents vont refuser le « traitement » qui officialiserait la maladie selon eux.



AXE 4 : Environnement sanitaire

A. La prévention des conduites suicidaires

Les experts considèrent que **les soignants doivent être présents aux côtés des populations au sein desquelles il faut identifier des personnes ressources afin d'adapter la prévention au contexte socio-culturel. Ainsi, la prévention doit être portée par les personnes issues de la communauté.** Des actions pérennes mêleraient des groupes de soignants, de médiateurs, d'associations culturelles.

Dans les territoires isolés, la préconisation reste "l'aller vers", avec des médiateurs. **L'idée de parler de la santé mentale, d'expliquer celle-ci, devient une priorité afin de déconstruire l'image négative. La proposition de réaliser des documentaires avec des interviews est récurrente.** Cela permettrait à la population guyanaise de prendre la parole et, dans les villages, ce serait l'occasion de redonner aux chefs leur place dans la communauté.

B. L'insuffisance de l'offre de soins et l'importance du *turn-over* des professionnels de santé

Les experts soulignent que le CMP (Centre Médico-Psychologique) est le seul acteur de santé mentale sur le Haut-Maroni. Ils mettent en évidence la nécessité de renforcer le dispositif de prise en charge psychiatrique des personnes en crise suicidaire et des membres des familles et communautés impactées par un suicide, recruter des personnes qui sont formées à la prise en charge post-traumatique et qui sont sensibilisées au contexte multiculturel guyanais. **Les professionnels primo arrivants ne sont pas toujours** immédiatement prêts à agir dans le contexte guyanais.

La problématique liée à l'addiction à l'alcool ou d'autres substances psychoactives est très difficile à prendre en charge, particulièrement dans l'Ouest. L'une des propositions énoncées **est de doubler cette offre en addictologie.**

En outre, on constate que **le *turn-over* défavorise l'efficacité des actions.** Certains intervenants mettent en évidence le cas de formations qui sont mises en place spécifiquement pour appréhender le terrain guyanais, mais à l'issue desquelles des professionnels annoncent leur mutation.





Synthèse

En Guyane, le passage à l'acte est souvent rapporté à un fait déclenchant identifié. Tous les acteurs de santé rencontrés ont insisté sur la situation plus large de « mal-être » et de « mal-vivre » et sur les difficultés auxquelles sont confrontées les populations. On distinguera donc les causes relevant d'éléments de contexte et les facteurs déclenchant ou facilitant le passage à l'acte.

- L'isolement géographique des populations des communes de l'intérieur est une évidence qui se déduit des distances et des moyens de s'en affranchir.
 - L'absence - dans les villages - d'activités culturelles, sociales ou économiques livre les jeunes au plus complet désœuvrement.
 - Les troubles identitaires et culturels : les adolescents sont partagés entre leurs parents et l'évolution de la société qu'ils perçoivent comme inéluctable.
 - La déstructuration des coutumes engendrée par le prosélytisme de certaines églises évangéliques. Ce point a été cité comme participant au choc identitaire subi par les populations de l'intérieur.
 - Les causes intrafamiliales des suicides (différends familiaux et conjugaux) ont été signalées par nombre d'interlocuteurs, à maintes reprises au cours des interventions.
 - Les déterminants de conduites suicidaires : la souffrance psychique, l'alcoolisation aux modalités particulières.
- Au terme de tous ces constats, les professionnels rencontrés ont formulé les points d'amélioration suivants :
- Renforcer le dispositif de prévention et de prise en charge psychiatrique des personnes en crise suicidaire, des membres des familles et communautés impactées par un suicide.
 - Élaborer, en s'appuyant sur les forces vives des communautés, un programme de santé communautaire et de soutien à la parentalité, incluant les questions de santé mentale.
 - Mettre en place des politiques de lutte contre les addictions.
 - Renforcer le programme pour le mieux-être des populations de l'intérieur.
 - Réaliser dans les villages et communes de l'intérieur les travaux d'infrastructure : eau potable, électricité, réseau téléphonique et internet, etc.
 - Garantir une offre régulière et abordable de transport par pirogue sur les deux grands fleuves.
 - Permettre que davantage de membres des communautés puissent intervenir en tant qu'intervenants Langue Maternelle.
 - Former, accompagner et soutenir les acteurs de santé intervenant sur les suicides.
 - Favoriser une meilleure connexion entre le littoral et les communes de l'intérieur (axe routier).



Zoom sur les populations vulnérables

Le terreau d'un possible passage à l'acte tient à **l'isolement des communes et villages, au désœuvrement des jeunes en échec scolaire, à leurs « troubles identitaires », écartelés entre tradition et modernité ; un mal-être que renforce l'alcoolisme, la précarité et la situation irrégulière des immigrés.**

Les populations concernées se sentent désespérées et abandonnées.

Le risque concerne tout particulièrement les très jeunes, préadolescents, qui dès l'âge de 11 ans doivent, s'ils veulent poursuivre leur scolarité à partir de la 6^{ème}, quitter leur village pour le littoral où les conditions d'accueil, de logement et de prise en charge sont à la fois très précaires et insuffisantes. Le défaut de structures adaptées, aggravé par l'expérience de la discrimination, de la solitude et de l'échec scolaire au bout du parcours, conduisent à un retour plus ou moins rapide au village. Faute d'avoir acquis les apprentissages traditionnels, voire de maîtriser leur langue d'origine, un grand nombre se retrouve de nouveau en marge, mais cette fois de leur propre communauté. En perte de repères, faute d'avoir été initiés aux modes de vie traditionnels, beaucoup se voient (ou s'estiment) rejetés.

Les entretiens menés mettent en évidence que d'autres populations sont concernées avec des profils variés.

Ainsi, il existe un public exilé qui se retrouve ici, seul, sans famille. On observe alors un poids exercé par la famille restée au pays qui insiste pour migrer à son tour alors même que ceux qui sont en Guyane n'arrivent pas à régulariser leur propre situation. Parfois, les interviewés observent que des personnes en provenance de

pays différents sont logées ensemble par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. S'en suit parfois, une cohabitation difficile.

Un autre facteur de risque suicidaire identifié, concerne la solitude des salariés en provenance de la France hexagonale, qui se retrouvent seuls, sans accompagnement, et choisissent alors la colocation. Mais très vite, des conflits entre colocataires peuvent émerger. Parmi eux, existent des cas qui, depuis leur arrivée en Guyane, se retrouvent dépendants de certaines substances, alors que dans leur historique, il n'y avait pas de notion d'addiction à l'alcool ou au cannabis. La découverte de la Guyane peut provoquer un choc culturel.

Certaines femmes, qui se retrouvent en rue, sont victimes d'agressions sexuelles. Ces événements peuvent se produire au sein de logements précaires où se produisent des chantages aux relations sexuelles en échange de l'hébergement.

De même, les personnes LGBTQIA (Lesbienne, Gay, Bisexuel-le, Trans, Queer et Intersexe et Asexuel) sont surreprésentées parmi les patients de la Maison d'Accompagnement Psychosocial et d'Insertion (MAPI). Ceux qui viennent de pays étrangers sont contraints de fréquenter leur communauté en Guyane et sont ainsi exposés au même rejet qu'ils ont fui dans leur pays.

RÉFÉRENCES SUR LA THÉMATIQUE DU SUICIDE

Travaux réalisés à l'ORS Guyane-CRISMS :

Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG). **La santé des étudiants en Guyane – Enquête réalisée en 2006**. ORSG, 74p.

Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG). **La santé des adolescents - Enquête réalisée en milieu scolaire en 2003**. ORSG, 2005, 225p.

Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG). **La santé des jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle, enquête réalisée en 2005**. ORSG, [s.d], 96 p.

Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG). **Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide**, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. ORSG, Octobre 2005, 180 p.

Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG). **Les tentatives de suicide chez les adolescents scolarisés en Guyane – État des lieux d'un groupe à risque**. ORSG, 2004, 62p.

Travaux réalisés sur la Guyane :

Santé Publique France. **Santé mentale et COVID-19 : conduites suicidaires en Guyane** [en ligne]. Bulletin de santé publique (BSP) Guyane, février 2023. Santé publique France, 2023, 24 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/bulletin-regional/2023/sante-mentale-et-covid-19-conduites-suicidaires-en-guyane.-bulletin-de-sante-publique-fevrier-2023> (consulté le 20 mai 2023)

Fessard C, Hyvert G. **Santé des migrants sur le Haut-Maroni en Guyane : enjeux et prise en charge** [en ligne]. La Santé en action n° 455, mars 2021, pp. 24-26. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/sante-des-migrants-sur-le-haut-maroni-en-guyane-enjeux-et-prise-en-charge> (consulté le 4 août 2021)

Agence Régionale de la Santé (ARS) de Guyane. **Programme bien-être des populations de l'intérieur : Camopi, Maripa-Soula. Rapport d'activité 2019** [en ligne]. Mars 2021. p. 42. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/programme-bien-etre-des-populations-de-linterieur-de-guyane-bepi-0> (consulté le 5 juillet 2021)

Gardel C, Blondel J, Yvin P, Blemont P. **Renforcement de l'offre de soins en Guyane** [en ligne]. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Février 2021. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Publications/Rapports-de-l-IGA/Rapports-recents/Renforcement-de-l-offre-de-soins-en-Guyane> (consulté le 27 juillet 2021)

Santé Publique France. **Conduites suicidaires et actions préventives en Guyane** [en ligne]. Bulletin de santé publique (BSP) Guyane, Décembre 2020, 22p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-conduites-suicidaires-en-guyane.-decembre-2020> (consulté le 23 juin 2021)

Pacot, R, Garmit, B, Pradem, M *et al.* **The problem of suicide among Amerindians in Camopi-Trois Sauts, French Guiana 2008–2015** [en ligne]. BMC Psychiatry n°18, 2018, p.99. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1670-6> (consulté le 24 août 2021)

Guarmit, B, Brousse, P, Lucarelli, A *et al.* **Descriptive epidemiology of suicide attempts and suicide in the remote villages of French Guiana** [en ligne]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018 n°53, p. 1197–1206. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1570-6> (consulté le 24 août 2021)

Flechel A, Jolivet A, Boukhari R, Misslin-Tritsch C, Manca MF, Wiel E *et al.* **Paraquat poisoning in Western French Guyana: a public health problem persisting ten years after its withdrawal from the French market** [en ligne]. Eur Rev Med Pharmacol Sci n°20, volume 22, 2018 Oct, p.7034-7038. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30402871/> (consulté le 3 août 2021)

Baert X, Charrier R, Kempf N. **L'accès aux soins à l'épreuve des grands espaces guyanais** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Études Economiques (INSEE). Dossier Guyane n°6, novembre 2017. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3181903> (consulté le 28 juillet 2021)

Ayhan G, Arnal R, Basurko C, About V, Pastre A, Pinganaud E, *et al.* **Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors** [en ligne]. BMC Psychiatry n°1, volume 17, 2017, p.156. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28464856/> (Consulté le 28 juillet 2021)

Pradem M. « **J'ai cette peur de disparaître** » : le suicide des autochtones de Guyane, complexe injonction à réfléchir autrement [en ligne]. Psy Cause n°74, janvier-avril 2017, p. 20-31. Disponible sur : <http://www.psycause.info/suicide-chez-amerindiens-3-articles-psy-cause-n74/> (consulté le 13 août 2021)

Robert M, Paget L-M, Léon C, Sitbon A, Du Roscoät E, Chan Chee C. **Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale** [en ligne]. Santé publique France, 2017, 22 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-dom-2014> (consulté le 23 juin 2021)

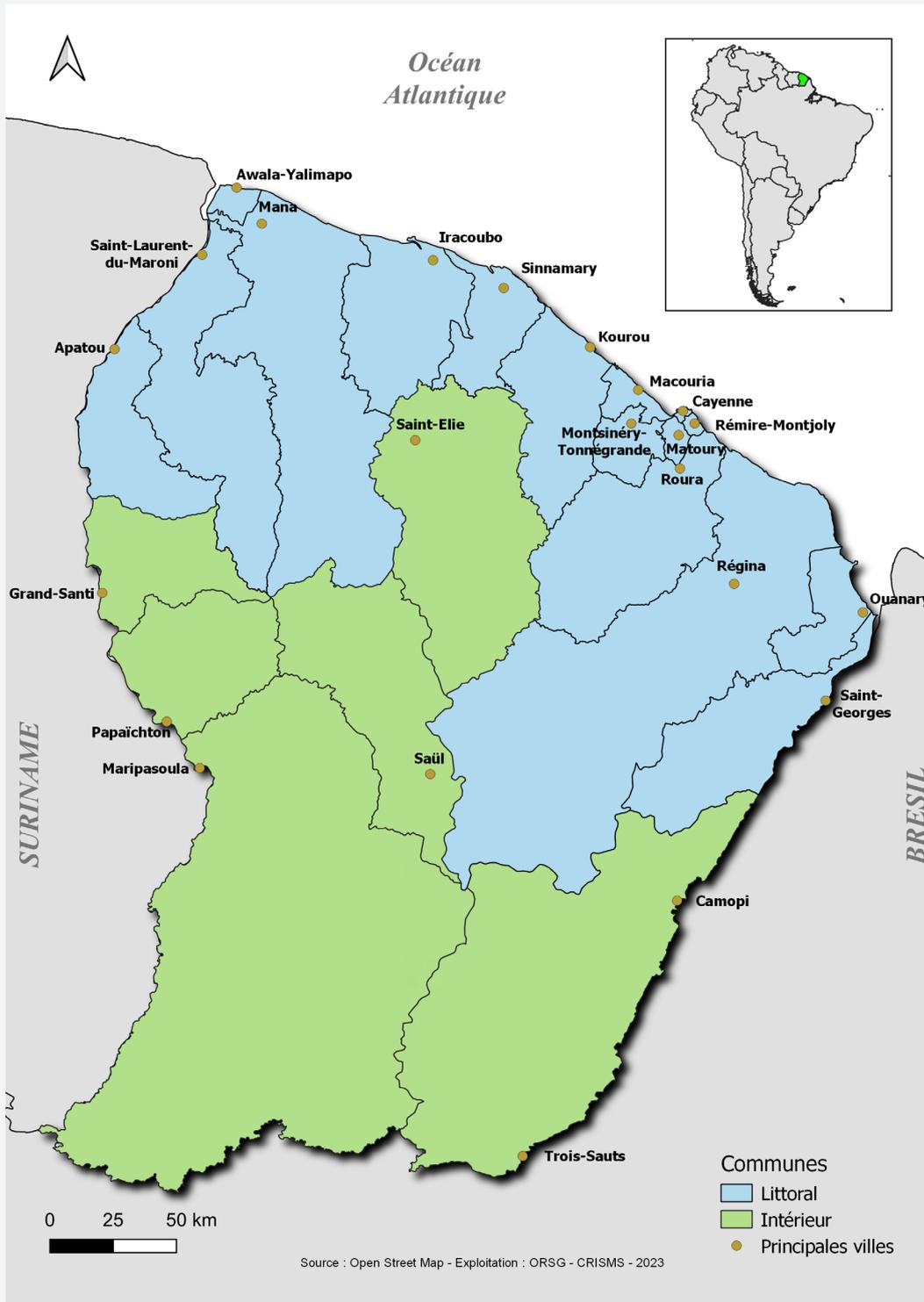
Jehel L, Howard N, Pradem M, Simchowit Y, Robert Y, Messiah A. **Prendre en compte la dimension transculturelle dans l'évaluation du risque suicidaire et du psychotraumatisme** [en ligne]. European Psychiatry. Cambridge University Press; 2015;30(S2):S79–S79. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.357> (consulté le 13 août 2021)

Archimbaud A, Chapdelaine M-A. **Suicides des jeunes Amérindiens en Guyane française : 37 propositions pour enrayer ces drames et créer les conditions d'un mieux-être**. Rapport au premier ministre. 30 novembre 2015, 167 p.

Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche (ADER). **Nos actions sur le territoire de l'Intérieur : Programme « Agir ensemble pour vivre mieux sur le territoire de l'Intérieur »** [en ligne]. Disponible sur : <https://www.aderguyane.org/nos-actions-sur-le-haut-maroni> (consulté le 5 juillet 2021)

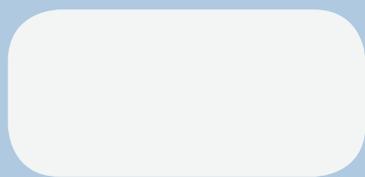


**ANNEXE
TYPOLOGIE DU TERRITOIRE GUYANAIS**

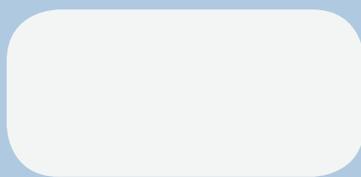


REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé de Guyane tient à remercier les participants des entretiens et *focus group*, les membres du dispositif Vigilans Guyane et du Centre Ressources Prévention du Suicide qui travaillent activement à la remontée des données, ainsi que tous les acteurs qui contribuent à la prévention du suicide dans la région.



Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé
62 boulevard Garibaldi
75015 Paris
www.fnors.org / info@fnors.org



Observatoire Régional de la Santé de
Guyane - Crisms
771 route de Baduel, BP 659
97335 CAYENNE Cedex
www.ors-guyane.org / contact@ors-guyane.org

Observatoire National du Suicide
18 Pl. des Cinq Martyrs du Lycée Buffon,
75014 Paris
[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/
article/observatoire-national-du-suicide](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide) /
drees-ons@sante.gouv.fr

AVRIL 2024