

**REGARDS CROISÉS SUR LE SUICIDE
ET LES CONDUITES SUICIDAIRES EN
GUADELOUPE, MARTINIQUE, GUYANE,
LA RÉUNION, MAYOTTE**





Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé



Regards croisés sur le suicide et les conduites suicidaires en Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte

Avril 2024

Étude réalisée avec le soutien de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2020 « Le suicide et sa prévention », axe 1 « Spécificités des conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et les collectivités d'outre-mer (COM) français.



Réalisation

ORS Guadeloupe : Corinne PIOCHE, Christina GOUDOU avec la collaboration de Delphine TINVAL

ORS Martinique : Sylvie MERLE, Natacha NELLER, Myriam THIROT

ORS Guyane : Yélian AHOGBEHOSSOU, Cédric DULONDEL, Naïssa CHATEAU-REMY avec la collaboration d'Isabelle HIDAIR-KRIVSKY

ORS La Réunion : Camélia LOUACHENI, Carine DUCHEMANN, Emmanuelle RACHOU

ORS Mayotte : Echata SAÏD, Achim ABOUDOU

Fnors : Lise TROTTET, Vanessa LAURENT

Nous remercions l'ensemble des professionnels pour leur participation aux entretiens individuels ou aux focus groups. Nous avons apprécié votre disponibilité, votre motivation, votre implication dans ce projet d'étude.

Sommaire

Introduction	8
Matériel et méthodes	11
I. Champ de l'étude	11
II. Recherches bibliographiques, documentaires et informationnelles...	12
1. Revue bibliographique	12
• Pour le volet national	13
• Pour les volets locaux	13
2. Revue de presse.....	14
3. Analyses des données quantitatives sur le suicide.....	15
III. Étude qualitative	16
1. Grille d'entretien	16
2. Identification des structures et personnes à interroger.....	17
3. Recueil de l'information.....	18
4. Déroulement du terrain	19
5. Présentation des données recueillies	19
Résultats de la phase quantitative	20
I- Hospitalisations liées à une tentative de suicide	20
1. De grandes disparités entre les DROM pour le nombre de séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide	20
2. Chez les femmes, des séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide principalement chez des personnes de moins de 35 ans.....	21
3. L'auto-intoxication médicamenteuse : principal mode de tentative de suicide, quel que soit le sexe et le territoire sauf pour les hommes en Martinique	22

II. Passages aux urgences	26
III. Mortalité par suicide	27
1. Une mortalité par suicide plus marquée chez les hommes	27
2. Une tendance à la baisse des taux de mortalité par suicide	28
Résultats de la phase qualitative	30
I- Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances sur les conduites suicidaires.....	30
1. Des sources de données diversifiées.....	30
• Les bases médico-administratives	30
• Les sources d'information concernant la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires.....	31
2. Des sources disponibles mais non exhaustives.....	32
• En lien avec la sous-déclaration	32
• En lien avec le tabou du suicide	33
3. Des besoins d'améliorations pour répondre aux besoins des acteurs	34
• Collecte des données	34
• Recherche épidémiologique et études des déterminants	34
• Formation des professionnels	35
• Meilleure structuration dans l'organisation de la prévention.	35
II- SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE, FACTEURS DE RISQUE ET DÉTERMINANTS	36
1. Regards sur les données épidémiologiques	36
2. Publics vulnérables identifiés	37
• Jeunes en difficulté psychosociale	37
• Autres publics vulnérables identifiés	44
3. Facteurs de risque individuels	49
• Les violences et antécédents de violences intrafamiliales	49
• Une vulnérabilité psychique	51

• Des comportements à risque	52
4. Facteurs de risque sociaux	52
• Impact de la crise sanitaire	52
• Couverture médiatique	54
• Accès aux moyens létaux	56
III. REPRÉSENTATIONS ET FACTEURS CULTURELS.....	57
1. Représentations autour de la santé mentale et du suicide	57
• Le tabou du suicide	57
• La stigmatisation de la pathologie mentale	58
2. Aspects communautaires et religieux	59
• Le poids du magico-religieux	59
• Recours à la médecine traditionnelle /au culte religieux	60
• Spécificités dans les territoires	63
IV. ENVIRONNEMENT SANITAIRE.....	65
1. Connaissance des dispositifs de prévention et des acteurs	65
• Fortes disparités des dispositifs de prévention du suicide	65
• Des leviers proposés	67
• Un travail collaboratif à développer	68
2. L'offre de santé en Région	69
• Principaux constats.....	69
• Leviers et recommandations.....	72
Discussion - Conclusion	74
Siglaire.....	81
Annexes	83
Annexe 1 – Les conduites suicidaires dans les DROM – Bibliographie générale	83
Annexe 2 – Les conduites suicidaires dans les DROM – Revue de presse	117

Annexe 3 : Points communs et spécificités des DROM – Synthèse des recherches bibliographiques et des revues de presses territoriales..... 144

Annexe 3 : Fiches territoriales 190

1. Fiche territoriale – Le suicide en Guadeloupe..... 190
2. Fiche territoriale – Le suicide en Guyane 190
3. Fiche territoriale – Le suicide en Martinique..... 190
4. Fiche territoriale – Le suicide à Mayotte 190
5. Fiche territoriale – Le suicide à La Réunion..... 190

Introduction

Le suicide en France : un taux de suicide parmi les plus élevés d'Europe

Avec plus d'un million de décès chaque année, le suicide est la 14^e cause de mortalité dans le monde, et devrait passer à la 12^e place d'ici 2030¹.

Dans son dernier rapport, l'Observatoire National du Suicide (ONS) fait état d'une baisse du taux de suicide en France entre 2000 et 2016. Néanmoins, ce taux reste l'un des plus élevés d'Europe². Les données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) font état de 8 333 décès par suicide en 2017 pour la France entière. En tenant compte des problèmes de sous-déclaration, l'effectif global estimé en 2016 était d'environ 9 300 décès par suicide, soit un taux de 16 décès pour 100 000 habitants (rapport ONS).

Le Baromètre Santé réalisée en 2017 en France hexagonale, chez les 18-75 ans, montre un taux de tentative de suicide (TS) au cours de la vie en France de 7,2 %. En moyenne, on compte 200 000 TS par an, soit 22 fois plus que les suicides, touchant majoritairement les moins de 20 ans et plus les femmes que les hommes³.

Le suicide et les tentatives de suicide dans les DROM : au-delà des chiffres, un fléau multifactoriel avec des spécificités intra et inter-DROM peu ou pas documentées

Dans les cinq Départements et Régions d'Outre-mer (DROM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte, le suicide et les TS font partie des priorités de santé publique.

Encore considérée comme un sujet tabou, la question du suicide et des TS revêt plusieurs dimensions : individuelle, socio-économique, culturelle, environnementale, sanitaire et médico-sociale ou encore religieuse.

Selon l'étude de Pradines *et al.* réalisée à partir des données de l'enquête Baromètre Santé DOM 2014 et de celles de l'Inserm-CépiDc, le taux des TS au cours de la vie est de 5,3 % dans les DOM (hors Mayotte) et le taux de mortalité par suicide de 9 décès pour 100 000 habitants, soit bien moins élevés que la moyenne hexagonale (7,2 TS pour 100 habitants et 16 décès pour 100 000 habitants). Mais, cette enquête pointe aussi du doigt plusieurs limites : échantillon insuffisant, sous-représentativité des communautés minoritaires plus touchées par ce fléau⁴. En effet, l'estimation du nombre de suicides basée sur les certificats de décès comporterait un biais lié à la qualité du codage des causes médicales

¹ Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 [Internet]. Disponible sur : <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030442>

² Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information, Observatoire national du suicide - 4e rapport / juin 2020 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-quels-liens-avec-le-travail-et-le-chomage-penser-la-prevention-et-les>

³ Christine Chan-Chee, Enguerrand du Roscoät. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html

⁴ Pradines N. Suicide et tentatives de suicide dans les départements d'outre-mer d'après le Baromètre Santé DOM 2014. Rev Épidémiologie Santé Publique. 1 mars 2016;64:S30.

de décès (par exemple près de 10 % de décès de causes de décès inconnues et mal définies en Guyane contre 3 % en France hexagonale).

S'agissant des suicides, la pendaison est le mode le plus utilisé dans les DROM (plus de 60 %). Les suicides effectués par ce mode opératoire ne sont pas forcément suivis d'un passage aux urgences car pris directement en charge par le Samu et les pompiers. Par conséquent, ce non-recours systématique au système de soins sous-estimerait leur fréquence lorsque celle-ci est estimée à partir des données de recours aux soins du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Les troubles mentaux sont identifiés comme la principale cause de suicide. Leur diagnostic nécessite un accès à un médecin psychiatre. Comparativement à la densité en psychiatres observée en France hexagonale (21,3 psychiatres pour 100 000 habitants), celle des DROM (13,4) est nettement inférieure et varie fortement entre Mayotte (4,2), la Guyane (4,8), la Guadeloupe (13,3), la Martinique (17,4) et La Réunion (17,8). En moyenne, 14 % des psychiatres exercent une activité libérale dans les DROM en 2020 contre 36 % dans l'Hexagone, limitant l'accès aux soins psychiatriques en ville. De plus, les DROM sont particulièrement concernés par les risques psycho-traumatiques, en raison d'un passé historique douloureux, de la situation sociale dégradée (chômage des jeunes, pauvreté d'une frange de la population, violences familiales, violences quotidiennes) ou encore des catastrophes naturelles répétées (cyclones, tempêtes, épidémies, pollutions environnementales). Par ailleurs, chez certaines communautés à l'instar des amérindiens de Guyane, les conduites suicidaires ne s'apparentent pas toujours à des troubles psychiatriques décelables avant l'acte lui-même. Au sein d'une même communauté, on observe parfois des vagues de suicides que le rapport Archimbaud a qualifié « d'épidémie de suicides »⁵ en Guyane.

Améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide dans les DROM

L'objectif de l'axe 1 de l'appel à projets de recherche 2020 « Le suicide et sa prévention » de la Direction de la Recherche et des Études, et de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) est de disposer de connaissances sur les spécificités des conduites suicidaires dans les DROM et Collectivités d'Outre-mer.

Dans ce cadre, la Fnors 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. En effet, les observations faites sur les conduites suicidaires dans les DROM diffèrent de ce qui peut être observé au sein de l'Hexagone et soulèvent des questionnements multiples, dont notamment la part de la sous-déclaration du suicide et des tentatives de suicide et le poids des représentations culturelles.

Les cinq territoires ultramarins retenus pour cette étude sont marqués par des spécificités géographiques, culturelles, socioéconomiques et sanitaires ou encore liées à leur histoire avec également une hétérogénéité entre chaque territoire. La mortalité par suicide et les tentatives de suicide au cours de la vie semblent moins fréquentes dans les DROM qu'en France hexagonale et, dans certains territoires, touchent des personnes plus jeunes.

⁵ Suicides des jeunes Amérindiens en Guyane française : 37 propositions po | Vie publique.fr [Internet]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/35396-suicides-des-jeunes-amerindiens-en-guyane-francaise-37-propositions-po>

La communauté scientifique s'accorde sur l'aspect multifactoriel des causes des suicides dans les DROM, dont certaines sont partagées avec les régions de l'Hexagone mais aussi avec des facteurs spécifiques à certains territoires d'Outre-mer. Un état des lieux interrégional sur les conduites suicidaires est nécessaire pour mieux comprendre et interpréter ces constats. Les travaux se sont attachés à mettre en exergue ces particularités et surtout à faire émerger les actions communes autour desquelles des DROM pourraient échanger leurs expériences, mais aussi des actions adaptées aux spécificités de chacun.

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un diagnostic interrégional sur les spécificités des conduites suicidaires en Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte, et de leurs déterminants.

Les objectifs spécifiques sont de recenser les données et les études spécifiques sur les conduites suicidaires et leurs déterminants en Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte ; de faire une analyse croisée de ces données pour identifier les similarités et spécificités de chacun des territoires ; de proposer des recommandations en termes d'actions.

Matériel et méthodes

I. Champ de l'étude

L'hypothèse de départ de cette étude est que, d'une part, les données sur les conduites suicidaires dans les DROM sont sous-évaluées et ne reflètent pas toujours la réalité de ces territoires et d'autre part que les conduites suicidaires dans les DROM ne sont pas homogènes. L'approche strictement quantitative ne reflétant qu'une partie de la réalité, elle a été complétée par une phase de recherche documentaire en amont et une phase qualitative auprès des personnes/professionnels ayant l'expérience de la thématique.

Afin de traiter les différents aspects des conduites suicidaires, nous avons identifié quatre axes thématiques permettant de décrire les conduites suicidaires dans les DROM et d'appréhender leurs spécificités. Il s'agit de :

AXE 1. Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances

Les sources de données disponibles et leurs limites pour les DROM :

- Qualité des données quantitatives, estimation de la sous-déclaration ;
- Acteurs mobilisés dans l'observation du suicide, systèmes d'information existants ;
- Modalités de réalisation des enquêtes : décision, financement, réalisation ;
- Disponibilité, accessibilité des données, modalités de mise à disposition et de publication, diffusion des résultats par les acteurs de terrain.

AXE 2. Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants

- Situation épidémiologique et caractéristiques générales démographiques et socioéconomiques des populations concernées ;
- Facteurs individuels : troubles mentaux, antécédents de TS, usage nocif d'alcool ou d'autres substances psychoactives ;
- Facteurs liés aux communautés : catastrophes naturelles, guerres et conflits, stress liés à l'acculturation et au déplacement, discrimination, traumatismes ou abus ;
- Facteurs liés aux sociétés : accès aux moyens létaux, couverture médiatique inappropriée, stigmatisation associée à la demande d'aide ;
- Facteurs liés aux systèmes de santé : obstacles aux soins.

AXE 3. Représentations et facteurs culturels

- Représentations autour de la santé mentale et du suicide ;
- Représentations des actions de prévention et des prises en charge ;
- Recours aux médecines traditionnelles ;
- Aspects communautaires et religieux.

AXE 4. Environnement sanitaire

- Offre de santé ;
- Politique de prévention des conduites suicidaires sur les territoires ;
- Moyens et actions de prévention (services d'écoute) ;
- Connaissances des dispositifs de prévention et des acteurs ;
- Formations des acteurs, partage d'expérience.

II. Recherches bibliographiques, documentaires et informationnelles

L'étude a commencé par une phase de recherche bibliographique afin de réaliser :

- Une présentation du contexte sociodémographique et un recensement des données épidémiologiques, des données culturelles, des données sanitaires et des dispositifs d'observation disponibles en région ;
- Un recensement de la littérature scientifique et de la littérature grise concernant les quatre axes de l'étude ;
- Un recensement régional et infrarégional des actions de prévention et des personnes/structures ressources régionales.

Les recherches bibliographiques et documentaires ont été de deux types :

- Réalisation d'une revue bibliographique ;
- Réalisation d'une revue de presse.

Ces recherches ont été effectuées par chaque ORS avec l'appui des documentalistes des ORS de la Guyane et de La Réunion.

1. Revue bibliographique

L'exploration des ressources disponibles sur la thématique, au niveau national et dans chaque département d'Outre-mer, s'est articulée autour des quatre axes thématiques définis pour l'étude.

Ce recueil de ressources documentaires est structuré en plusieurs parties :

- Volet national proposant des éléments de cadrage,
- Volets locaux offrant les ressources disponibles au niveau local pour chaque territoire et selon les quatre axes précédemment exposés.

• Pour le volet national

Les principaux sites consultés pour la recherche ont été les suivants :

- Observatoire National du Suicide (ONS) ;
- Ministère des solidarités et de la santé ;
- Santé publique France.

Les recherches ont été complétées par l'exploitation des sites Infosuicide.org et l'archive de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP).

• Pour les volets locaux

Guadeloupe

Ce travail s'est basé sur les références des dossiers « Suicides, idées suicidaires et tentatives de suicide » et « Santé mentale » de l'ORSaG. Elles ont été ensuite mises à jour. Les principaux sites consultés sont :

- Observatoire National du Suicide (ONS) ;
- Santé publique France ;
- ScienceDirect®, PubMed®, Google Scholar®.

Guyane

Les principaux sites consultés sont les suivants :

- ARS Guyane ;
- Santé publique France ;
- PubMed® ;
- Ministère des solidarités et de la santé ;
- Insee.

Martinique

Les principaux sites consultés sont les suivants :

- Observatoire National du Suicide (ONS) ;
- Santé publique France ;
- Dumas et le serveur HAL Thèses ;
- PubMed® ; ScienceDirect®.

Mayotte et La Réunion

Ce travail s'est basé sur le dossier documentaire « Suicides et tentatives de suicide⁶ » de l'ORS Océan Indien de 2020, il a ensuite été complété. Les principaux sites consultés sont les suivants :

- ARS La Réunion, ARS Mayotte et « Nos îles, notre santé » ;
- L'archive de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) ;
- Dumas et le serveur HAL Thèses ;
- ScienceDirect®, PubMed®.

Ceci a permis de produire pour chaque territoire une revue bibliographique détaillée (cf. annexes).

⁶Accessible en ligne : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/orsoi_ddoc_suicides_2020.pdf

2. Revue de presse

La revue de presse a permis de présenter les articles de presse offerts par la couverture médiatique des conduites suicidaires au niveau régional dans chacun des cinq DOM, sur une période de trois ans allant de juin 2018 à juin 2021. Les recherches ont été réalisées sur le web auprès des sites de médias locaux.

Pour chaque territoire, les principaux médias consultés sont les suivants :

Guadeloupe	France Antilles Guadeloupe Guadeloupe La Première RCI Guadeloupe
Guyane	Radio Peyi Guyane La Première France Guyane
Martinique	Martinique La Première RCI Martinique France Antilles Martinique Bondamanjak
Mayotte	Flash Infos Journal de Mayotte L'Info Kwezi Mayotte La Première Mayotte Hebdo
La Réunion	Antenne Réunion Imaz Press Réunion Journal de l'île de La Réunion Réunion La Première Zinfos 974

L'ensemble de ces éléments a été mobilisé par chacune des équipes afin d'en faire une synthèse territoriale pour chacun des axes (*cf. annexes*).

Les trois axes relatifs aux dispositifs d'observation et de connaissances, aux facteurs de risques et déterminants et à l'environnement sanitaire sont relativement bien documentés. En revanche, on constate que celui sur les représentations et facteurs culturels est beaucoup plus pauvre et devra être davantage approfondi lors de la phase qualitative.

Cet état des lieux a été utilisé comme socle directif pour la seconde phase qualitative notamment pour la constitution des *focus group* et pour l'élaboration de la grille d'entretien.

3. Analyses des données quantitatives sur le suicide

Les données quantitatives concernant le suicide et les conduites suicidaires disponibles pour les DROM ont été collectées puis analysées. Les indicateurs provenaient des sources suivantes :

- Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI - Atih) mis en place dans les établissements de soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Les tentatives de suicide (TS) ont été identifiées à l'aide du codage de la Classification internationale des maladies (CIM-10).
- Les données de mortalité issues du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CépiDC), établies à partir des certificats de décès. Les suicides ont été identifiés à l'aide des codes X60 à X84 de la dixième classification internationale des maladies (CIM-10).
- Les données issues du réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), mis en œuvre et coordonné par Santé publique France.
L'analyse des données s'est appuyée sur les résumés des passages aux urgences transmis par les structures d'urgences qui participent au réseau OSCOUR®. Les diagnostics médicaux sont codés selon la classification internationale des maladies (CIM-10). Les regroupements syndromiques sont des indicateurs regroupant un ou plusieurs codes CIM-10 (diagnostics principal et associés).

Indicateurs produits

Les analyses des séjours hospitaliers ont porté sur les données 2018-2021. Les principales caractéristiques épidémiologiques des personnes âgées de 10 ans ou plus, hospitalisées pour tentative de suicide (TS) sont présentées (sexe, âge, taux de recours à l'hospitalisation).

Les données de mortalité portent sur la période 2007-2017. L'évolution du nombre annuel de décès par suicide, la répartition par sexe et par classe d'âge des décès, ainsi que la part des décès selon le mode opératoire sont présentées. Les taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge sont également présentés et comparés avec ceux enregistrés en France hexagonale.

Enfin, concernant les passages aux urgences dans les structures participant au dispositif OSCOUR®, le nombre mensuel de passage aux urgences pour toutes causes et pour gestes suicidaires a été recueilli sur la période 2018-2021. Le nombre de passage aux urgences pour gestes suicidaires est également présenté selon la classe d'âge des personnes concernées.

III. Étude qualitative

1. Grille d'entretien

À partir des éléments recueillis lors de la recherche bibliographique, une trame de guide d'entretien a été partagée avec l'ensemble des territoires. Le guide d'entretien se décline selon les quatre axes de l'étude :

Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances

- Missions de la structure, type de dispositif, partenariats créés
- Sources d'information mobilisées pour l'appréhension des conduites suicidaires et évaluation de celles-ci (satisfaction, manques, besoins)
- Sources d'informations mobilisées concernant la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires et évaluation de celles-ci (satisfaction, manques, besoins)

Situation épidémiologique, facteurs de risques et déterminants

- Regard sur la situation du territoire concernant le suicide : perception d'une sur ou sous-évaluation du phénomène, cohérence des chiffres au regard du terrain, situation au regard de la France hexagonale, populations à risque
- Existence de facteurs de risque individuels spécifiques à la région : antécédents de troubles mentaux, antécédents individuels/familiaux de conduites suicidaires, antécédents de comportements à risque
- Existence de facteurs de risque en lien avec le contexte social actuel : couverture médiatique, accès aux moyens létaux
- Impact de la pandémie Covid19 et du confinement sur le risque suicidaire en lien avec l'isolement social, la peur d'être malade et de contaminer les autres, les difficultés financières en cas de diminution ou d'arrêt de l'activité professionnelle, le huis clos familial à risque

Représentations et facteurs culturels

- Réaction des familles de suicidés ou suicidaires
- Etablissement d'un lien entre suicide et problème de santé mentale, lien avec la consommation d'alcool/substances illicites, autre lien
- Existence d'un tabou autour du suicide
- Recours aux services de prévention pour les familles concernées et leurs attentes
- Recours aux médecines traditionnelles
- Croyances vis-à-vis du suicide
- Effets des aspects culturels et religieux

Environnement sanitaire

- Connaissance des dispositifs de prévention et des acteurs : adéquation avec les besoins du territoire, implication/participation au dispositif, évaluation des actions développées (besoins, manques, difficultés, freins)
- Identification des acteurs du champ du suicide par les professionnels du champ de la santé ou de la santé en général
- Dynamique de travail en réseau autour des conduites suicidaires
- Evaluation de l'offre de soins en santé mentale : constat, améliorations à apporter en termes de publics, de structures de prise en charge, de formations, etc.

Cette trame a ensuite été adaptée pour chaque territoire afin de prendre en compte les spécificités de chacun. De plus, selon les profils des structures/personnes interrogées, l'entretien ou le *focus group* a porté sur l'ensemble des axes ou sur deux ou trois axes.

Par ailleurs, un formulaire de consentement pour l'enregistrement de la voix des personnes a été préparé.

2. Identification des structures et personnes à interroger

Au préalable, de façon transversale aux cinq DROM, une liste de structures/personnes à interroger a été établie :

- Agence Régionale de Santé (ARS) ;
- Cellule régionale de Santé publique France ;
- Équipes du SAMU ;
- Dispositif Vigilans ;
- Médecins responsables du Département d'information médicale ;
- Acteurs du champ de la santé mentale (cellule d'urgence médico-psychologique, conseil intercommunal en santé mentale, centres médico-psychologiques, ...) ;
- Cellule d'écoute téléphonique ;
- Centre antipoison et de Toxicovigilance ;
- Services de réanimation des CH(U) ;
- Sociologues/psychologues/psychiatres ;
- Médecins généralistes/spécialistes ;
- Équipes médicales des centres de détention ;
- Centres communaux d'action sociale (CCAS) ;
- Maison des adolescents/Protection de l'enfance ;
- Banque alimentaire/ associations œuvrant auprès des personnes en situation de précarité ;
- Médecine scolaire (médecins, infirmiers, psychologues) ;
- Centre antipoison et de Toxicovigilance ;
- Associations et représentants de communautés ;
- Structures de soins en addictologie (CSAPA/Caarud) ;
- Journalistes.

La liste a ensuite été ajustée pour chacun des territoires compte-tenu des acteurs présents, de l'organisation de l'offre de soins, des spécificités culturelles/géographiques, des dispositifs existants, etc. L'objectif était d'avoir des acteurs avec des profils communs à l'ensemble des territoires et des acteurs spécifiques à chacun des territoires selon les besoins.



3. Recueil de l'information

Sur l'ensemble des territoires, 39 entretiens individuels et 11 *focus groups* ont été réalisés permettant ainsi des échanges avec environ 90 professionnels au total, et se répartissent comme suit :

	Nombre d'entretiens individuels	Nombre de <i>focus groups</i>
Guadeloupe	9	3
Guyane	4	2
Martinique	8	1
Mayotte	9	1
La Réunion	9	4
Total 5 DROM	39	11

Les entretiens individuels et *focus groups* ont permis de recueillir des informations auprès d'un ensemble de professionnels issus de différentes structures : établissements de santé (CH, CHU, CMP), établissements médico-sociaux (EHPAD, MDA), institutionnels (Agence régionale de santé, Éducation nationale, Protection judiciaire de la jeunesse), associations de prévention, d'écoute, professionnels de santé libéraux, universités.

Les profils des participants incluaient des psychiatres, pédopsychiatres, géronto-psychiatres, psychologues cliniciens, médecins, psychologues scolaires, infirmiers scolaires, anthropologues/sociologues, référents thématique, représentants d'association et de communautés.

Cette diversité d'acteurs issus de multiples structures existantes au sein de ces territoires ont permis d'aborder les différents champs autour du suicide : soin, prévention, social, éducatif et scolaire, accompagnement, etc. Ainsi, de multiples publics ont pu être approchés : adolescents, jeunes, personnes âgées, personnes ayant des comportements à risque.

Les entretiens individuels et *focus groups* se sont déroulés en présentiel et en distanciel (visioconférence ou téléphone). Il a été difficile de conduire les *focus groups* comme prévu initialement : en raison de la pandémie de Covid-19, des agendas chargés des professionnels n'offrant que peu de disponibilités communes et des temps de déplacements pouvant être importants.

Aussi, certains *focus groups* se sont déroulés en distanciel et quelques-uns ont été basculés sous forme d'entretiens individuels.

Ils ont duré en moyenne une à deux heures. L'ensemble des échanges ont été enregistrés, avec l'accord des participants, puis retranscrits en vue de l'analyse.

4. Déroulement du terrain

L'étude s'est déroulée de juin 2021 à mars 2024.

La phase de recherches bibliographiques et documentaires s'est déroulée de juin à septembre 2021 et a été menée par les deux documentalistes des ORS Guyane et Réunion, en collaboration avec le reste de l'équipe projet.

L'exploitation des données quantitatives a été, selon les sources mobilisées, répartie entre chaque ORS. Chacun s'est ensuite chargé d'analyser et synthétiser les données pour son territoire. Ces travaux ont principalement été mis en œuvre sur la première année du projet bien que des mises à jour aient été effectuées par la suite à mesure que de nouvelles données étaient disponibles.

Alors que les grilles d'entretiens ont été finalisées courant janvier 2022, la période de réalisation des entretiens et *focus groups* a été la plus longue et s'est étendue de janvier 2022 à juin 2023. L'allongement du temps de recueil est dû à différentes raisons : les profils d'acteurs ciblés sont parfois peu nombreux au sein de chaque territoire et sont fortement mobilisés aussi, la synchronisation des agendas n'a pas été évidente, encore plus pour la mise en œuvre des *focus groups* ; la pandémie de Covid-19 a repris un peu d'activité dans les Antilles au cours de l'année 2022, impactant les possibilités de rencontres ; les calendriers de congés scolaires d'été décalés entre les territoires des Antilles, la Guyane, Mayotte et La Réunion entraînant une moindre disponibilité des acteurs sur des laps de temps variables.

La phase d'analyse des données qualitatives s'est déroulée entre mars et janvier 2024 (retranscription des derniers entretiens, élaboration de la grille d'encodage des entretiens, plan d'analyse). Elle s'est scindée en plusieurs étapes : tout d'abord, une analyse individuelle pour chaque territoire sur les quatre axes sélectionnés, suivie d'une analyse croisée portant sur l'ensemble des territoires et les quatre axes.

Entre juin et octobre 2023, pour chaque territoire, une fiche synthétique d'une douzaine de pages a été réalisée. Elle présente le contexte, les éléments de méthode, les chiffres clés, les principaux constats issus du recueil qualitatif et des références bibliographiques sur la thématique du suicide.

5. Présentation des données recueillies

Les données recueillies pour chaque phase de l'étude ont été analysées dans ce rapport qui présente la situation du suicide et des conduites suicidaires pour les cinq DROM. Une synthèse globale et cinq fiches territoriales présentant les données disponibles pour toutes les phases de l'étude de chaque DROM sont également associées à ce rapport (*cf. annexes*).

Résultats de la phase quantitative

I- Hospitalisations liées à une tentative de suicide

1. De grandes disparités entre les DROM pour le nombre de séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide

En termes d'effectifs bruts, on observe de très grandes disparités entre les DROM concernant le nombre annuel moyen de séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide (tableau 1). Ceci est à nuancer par les différences démographiques de ces territoires mais, même en rapportant au nombre d'habitants, on constate des écarts très nets. C'est à La Réunion que les taux sont les plus élevés, suivie de la Martinique et de la Guyane. En Guadeloupe, le taux standardisé sur l'âge est l'un des plus bas de toutes les régions de France et se rapproche de celui de Mayotte alors que le contexte local est différent. À Mayotte, en 2021, on observe un taux standardisé de 19 hospitalisations pour tentative de suicide pour 100 000 habitants qui peut s'expliquer par différentes problématiques plus fréquentes dans ce territoire que dans les autres DROM. On peut ainsi citer : une insuffisance de l'offre de soins, un turnover considérable des professionnels de santé, une absence de prise en charge en santé mentale et plus de sous-déclaration.

Pour positionner les DROM vis-à-vis des autres régions françaises, on constate que tous les taux d'hospitalisation sont plus bas sauf pour La Réunion et dans une moindre mesure pour la Martinique. À titre de comparaison, en 2021, les taux standardisés dans l'Hexagone varient de 70,2 pour 100 000 habitants en Corse à 268,1 pour 100 000 dans les Hauts de France.

Tableau 1. Nombre de séjours (effectifs) dans les DROM sur la période 2018-2021 pour tentative de suicide et taux d'hospitalisation (pour 100 000 habitants de 10 ans et plus) en 2021

Départements	Nombre de séjours hospitaliers				Moyenne annuelle	Taux standardisé
	2018	2019	2020	2021	2018-2021	2021
Guadeloupe	75	84	108	112	95	26,5
Guyane	95	179	169	158	150	60,7
Martinique	285	338	256	237	279	76,5
Mayotte	20	15	14	13	16	19
La Réunion	1 168	1 075	1 128	1 110	1 120	138,7

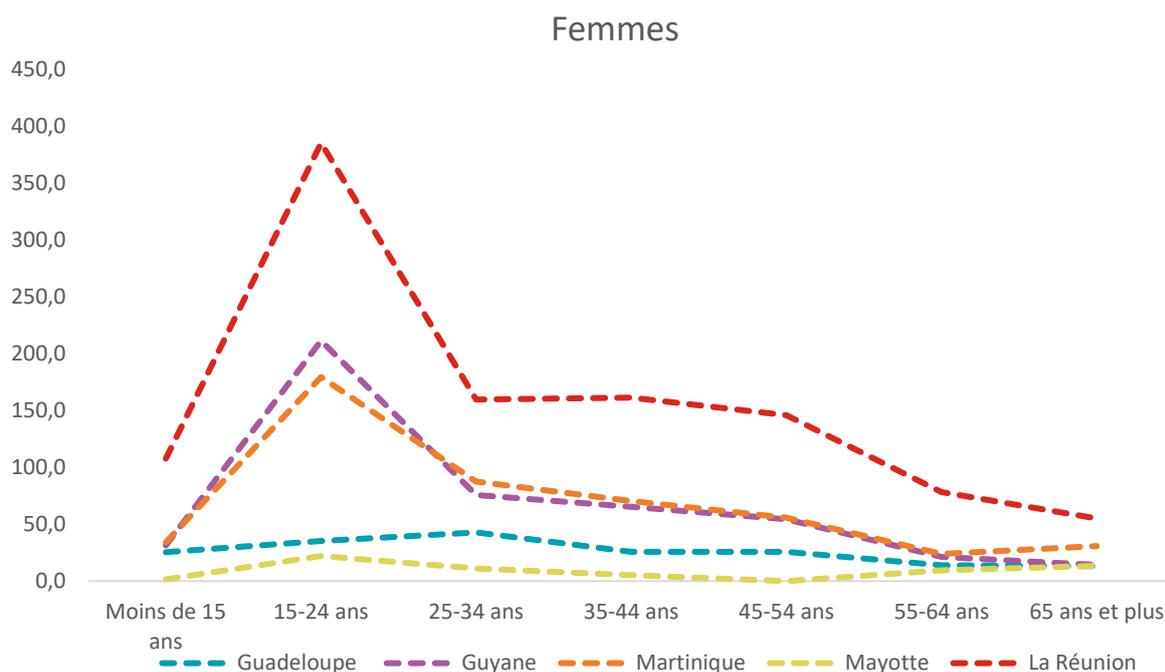
Source : PMSI MCO, ATIH 2018-2021– Exploitation ORS

2. Chez les femmes, des séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide principalement chez des personnes de moins de 35 ans

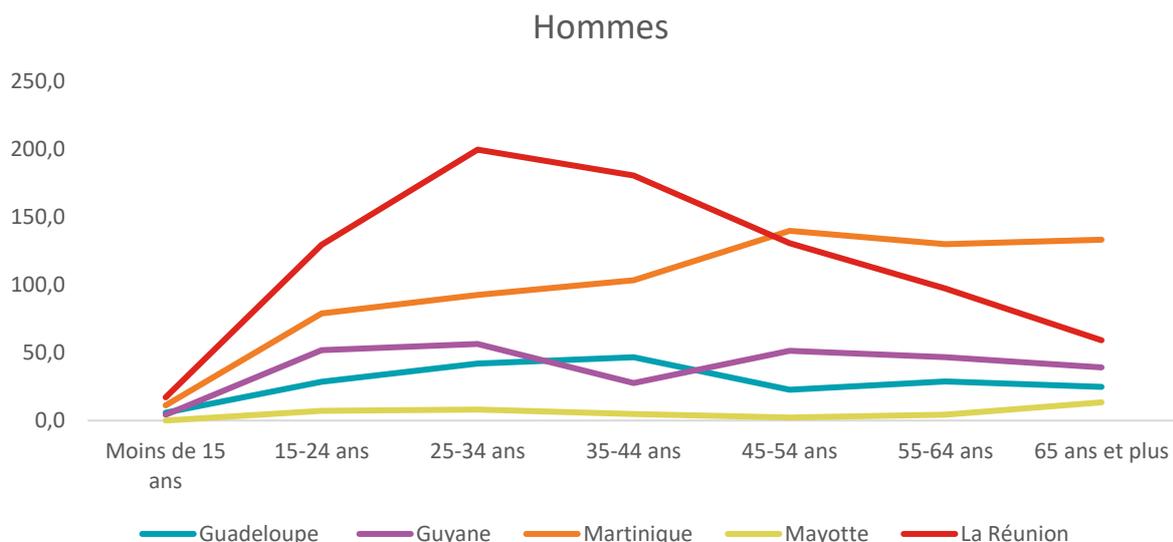
En termes d'hospitalisation pour tentative de suicide, on constate que les femmes sont beaucoup plus souvent concernées, surtout en Guyane et à Mayotte (respectivement 70 % et 71 % de femmes pour les séjours hospitaliers). Seule exception, la Martinique, où sur la période 2018-2021, les proportions sont inversées avec 59 % d'hommes et 41 % de femmes. Ce constat doit cependant être pris avec prudence, une analyse dans le 3^{ème} rapport de l'Observatoire national du suicide (p. 168) souligne une problématique de codage. Plus précisément, il est mentionné que certains séjours hospitaliers pour intoxication alcoolique chez les hommes ont été codés comme des hospitalisations pour "auto-intoxication ou exposition à l'alcool (X65)".⁷ Ceci a également été confirmé par les professionnels de l'urgence et du SAMU en Martinique.

La figure 1 montre également la forte prédominance des tranches d'âge les plus jeunes, notamment un pic chez les 15-24 ans chez les femmes pour La Réunion, la Guyane et la Martinique.

Figures 1 et 2. Taux de recours à l'hospitalisation dans les DROM pour tentative de suicide (moyenne 2018-2021) – Pour 100 000



⁷ Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence – 3^e rapport, 2018, 221 p.



Source : PMSI MCO, ATIH 2018-2021 – Insee RP 2020 Exploitation ORS

3. L'auto-intoxication médicamenteuse : principal mode de tentative de suicide, quel que soit le sexe et le territoire sauf pour les hommes en Martinique

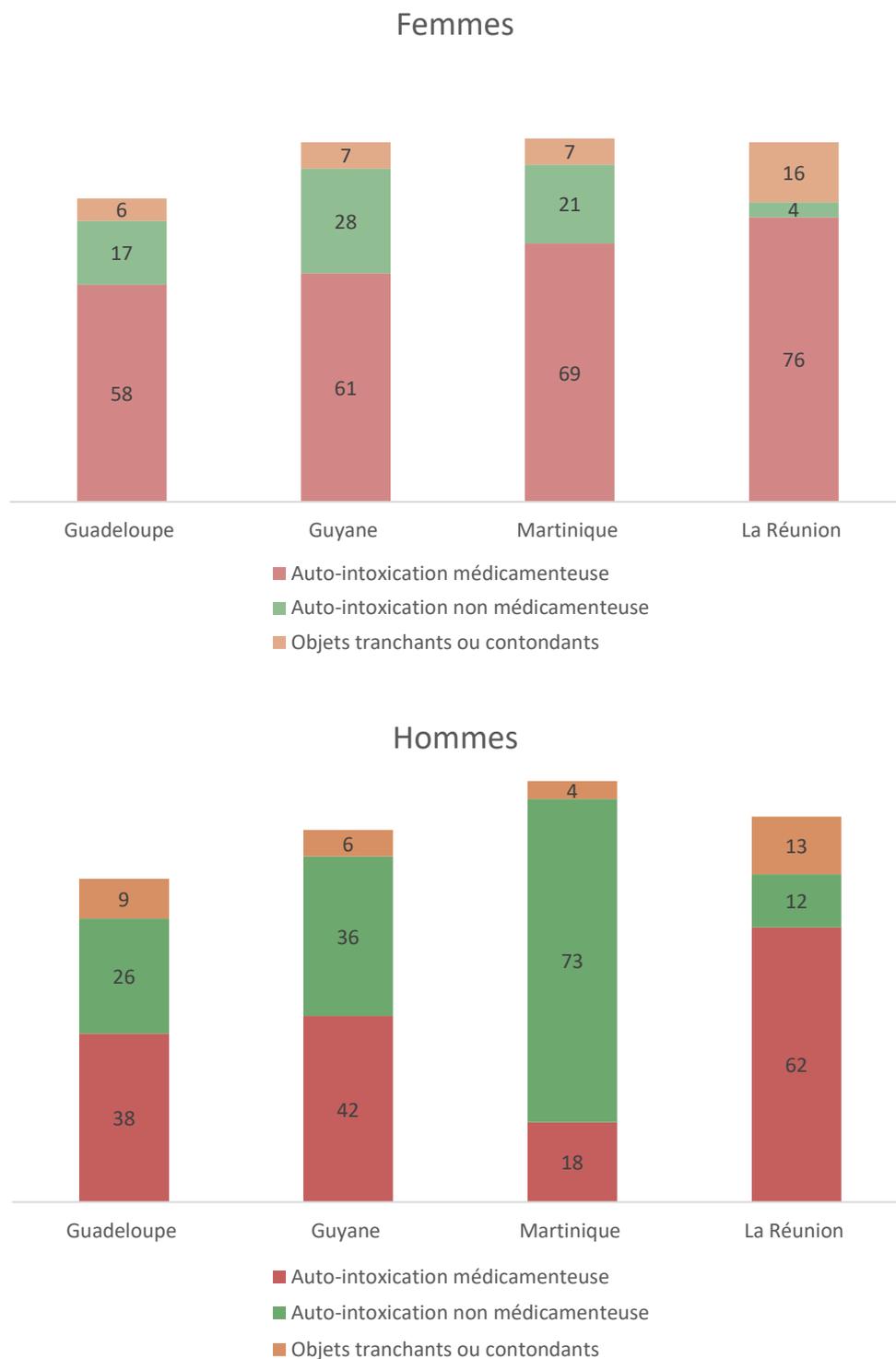
Les modes opératoires des tentatives de suicide varient selon le sexe et la tranche d'âge mais on constate une forte prédominance de l'auto-intoxication médicamenteuse. C'est le mode opératoire utilisé très majoritairement chez les femmes (entre 58 % en Guadeloupe et 76 % à La Réunion des tentatives de suicide). Seule exception, chez les hommes en Martinique pour qui ce sont les auto-intoxications non médicamenteuses qui prédominent largement. Cependant, comme dit plus haut, ces résultats sont plutôt le reflet d'erreurs de codage que de la réalité du terrain. Chez les hommes, le détail par âge des taux d'hospitalisation montre des taux beaucoup plus élevés pour toutes les tranches d'âge à partir de 50 ans alors que c'est le contraire pour les femmes. Il s'agit en fait d'intoxications « volontaires » liées à l'alcool.

Les modes opératoires les plus violents sont utilisés le plus souvent par des hommes, notamment pour les tentatives de suicide par pendaison et dans une très faible proportion pour l'usage des armes à feu. Les tentatives de suicide par objets tranchants ou contondants diffèrent assez peu selon le sexe. Les noyades et les collisions intentionnelles sont très peu rapportées. L'exposition aux fumées, gaz et flammes, bien que peu fréquente, ressort néanmoins à La Réunion, à Mayotte et en Guadeloupe.

Les sauts dans le vide, notamment depuis des ponts, sont des modes opératoires régulièrement rapportés à l'île de La Réunion. Ainsi les sauts dans le vide concernent plus de 2 % des modes opératoires des tentatives de suicide chez les femmes et près de 4 % chez les hommes. Ce phénomène s'observe également dans les autres DROM, notamment en Guadeloupe où les sauts dans le vide représentent 3,5 % des tentatives de suicide chez les femmes et 5 % chez les hommes. À Mayotte le phénomène est signalé également mais est plus difficile à caractériser étant donné la faiblesse des effectifs.

Au niveau hexagonal, on constate que le principal mode de tentative de suicide est l'auto-intoxication médicamenteuse suivi, selon les régions, soit des tentatives de suicide par objet tranchant ou contondant, soit des tentatives de suicide par auto-intoxication non médicamenteuse.

Figures 3 et 4. Modes opératoires les plus fréquents dans les tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation selon le sexe (pourcentage annuel moyen sur l'ensemble des modes opératoires) dans les DROM. Données 2018-2021 – Pour 100



Source : PMSI MCO, ATIH 2018-2021– Exploitation ORS

Note : du fait des petits effectifs, les résultats de Mayotte ne sont pas présentés

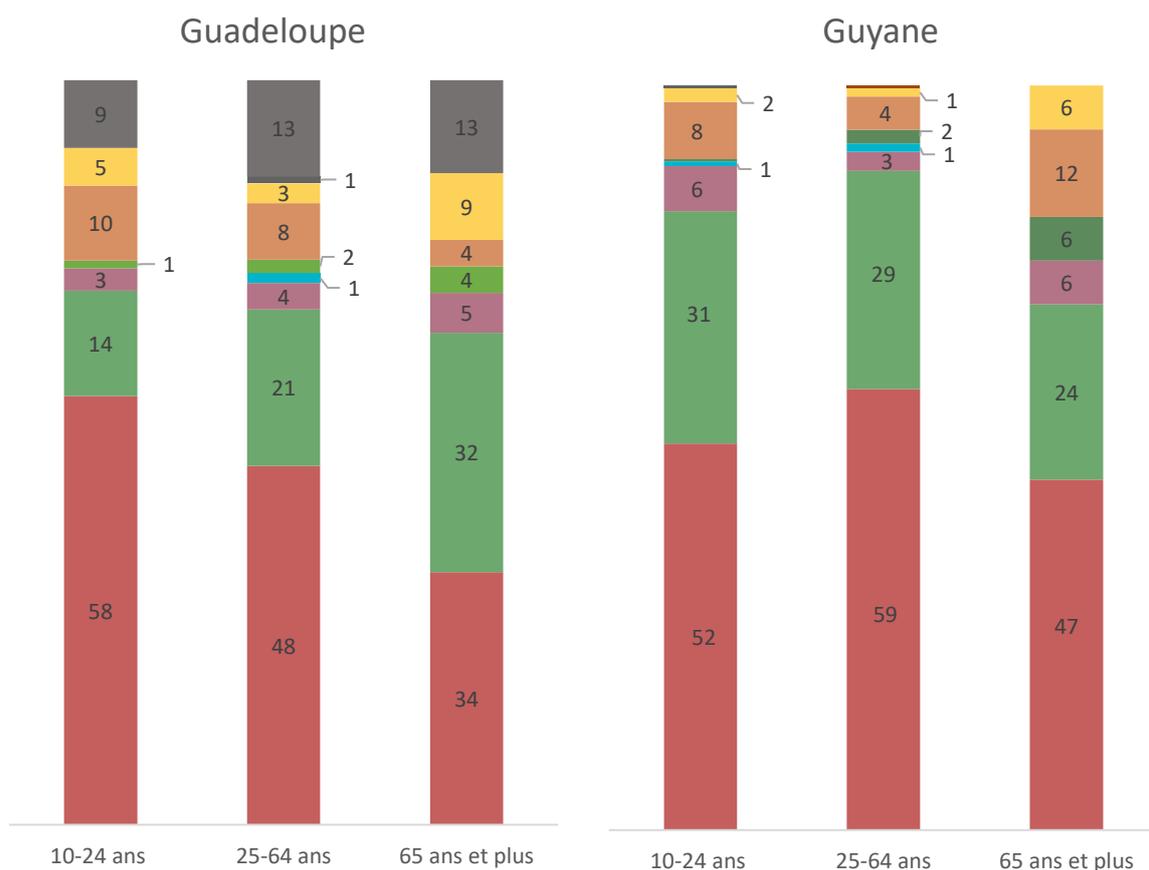
Globalement, l'auto-intoxication médicamenteuse est le mode de tentative de suicide le plus fréquent dans tous les groupes d'âge et dans tous les territoires étudiés. Cependant, on observe des variations entre les territoires en ce qui concerne les autres modes de passage à l'acte.

En Martinique et en Guyane, les intoxications non médicamenteuses sont plus fréquentes que dans les autres départements. Plus précisément, en Martinique ce sont les 25-64 ans et surtout les 65 ans et plus qui sont les plus concernés, alors qu'en Guyane, ce type de passage à l'acte touche particulièrement les plus jeunes (moins de 25 ans).

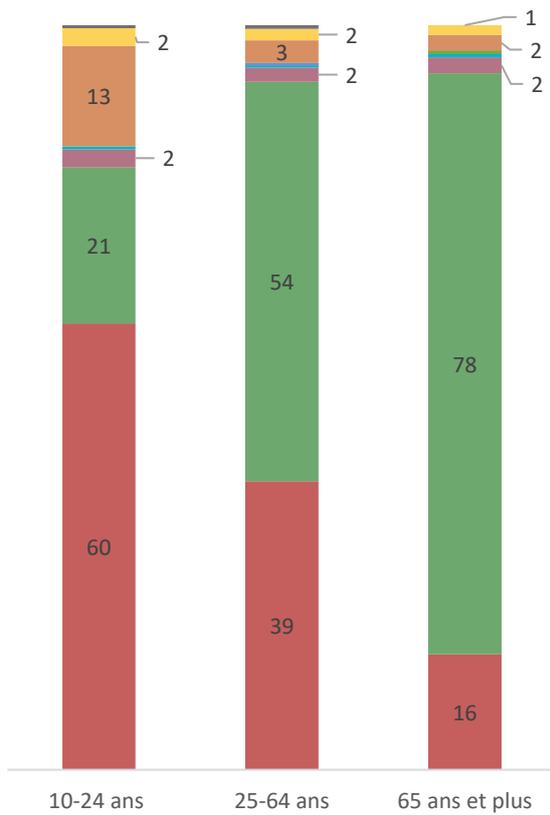
À La Réunion, les passages à l'acte par saut dans le vide arrivent en 3^{ème} position après les intoxications (médicamenteuse et non- médicamenteuse), et les tentatives avec objets tranchant sont plus fréquentes chez les plus jeunes. Les intoxications non médicamenteuses sont davantage observées chez les plus de 64 ans.

À Mayotte les intoxications médicamenteuses dominent, au regard de la faiblesse des effectifs il est difficile d'interpréter les autres modes de tentatives de suicide.

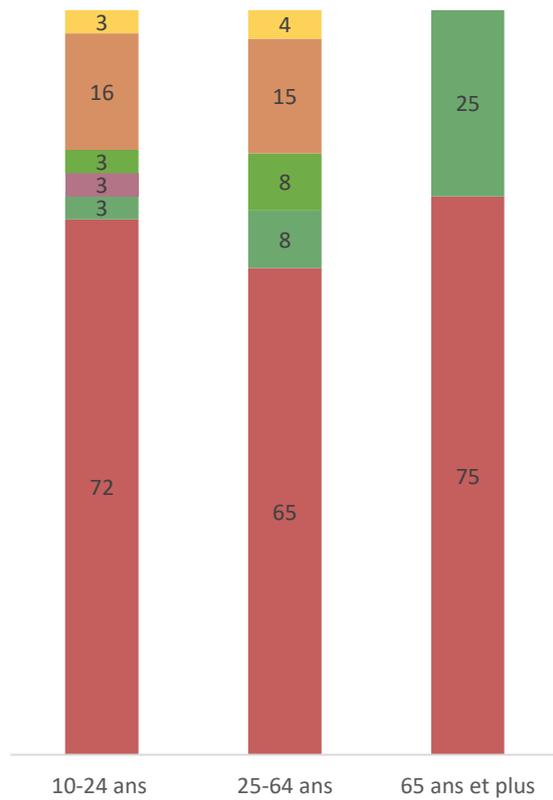
Figure 5. Répartition des séjours hospitaliers pour tentative de suicide selon l'âge et les modes dans les DROM sur la période 2018-2021 – Pour 100



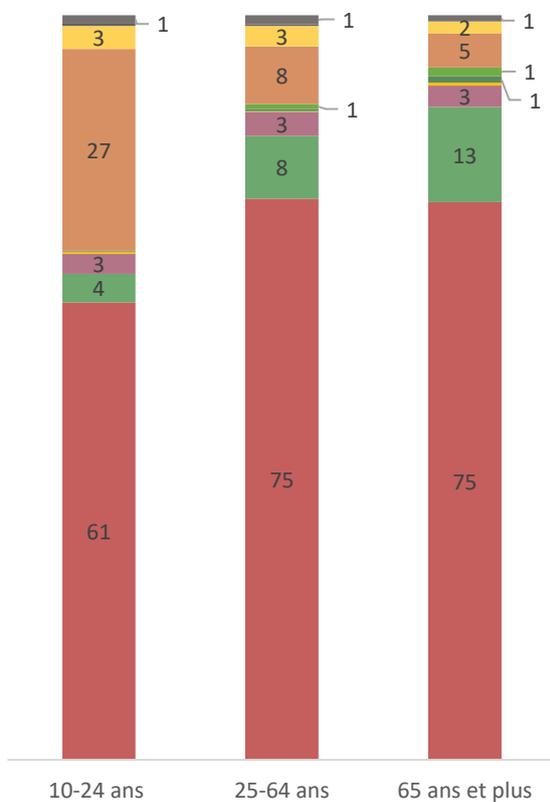
Martinique



Mayotte



Réunion



- Auto-intoxication médicamenteuse
- Auto-intoxication non médicamenteuse
- Pendaison, strangulation, suffocation
- Noyade
- Armes à feu
- Objets tranchants ou contondants
- Saut dans le vide
- Collision intentionnelle
- Autres moyens non précisés

Source : PMSI MCO, ATIH 2018-2021 – Exploitation ORS

II. Passages aux urgences

Le réseau OSCOUR® (organisation de la surveillance coordonnées des urgences) permet de documenter les passages aux urgences, quel que soit le motif de recours, par la transmission des données du résumé de passage aux urgences à Santé Publique France. Les DROM participent à ce réseau sauf la Martinique.

Sur la période 2018-2021, les passages aux urgences en lien avec des gestes suicidaires représentent entre 0,2 et 0,5 % de l'ensemble des passages dans les DROM.

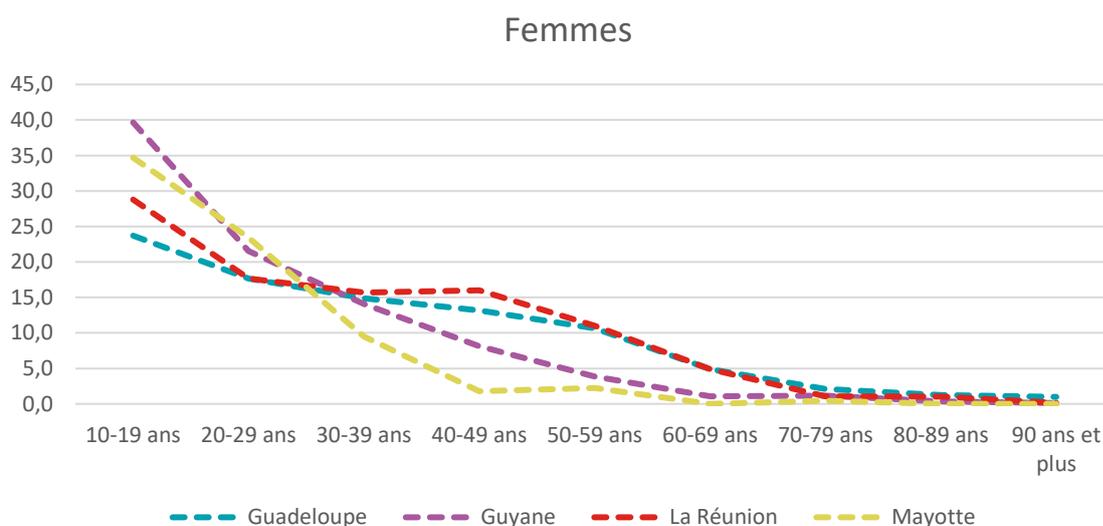
Tableau 2. Nombres annuels moyens de passages aux urgences en lien avec des gestes suicidaires dans les DROM sur la période 2018-2021

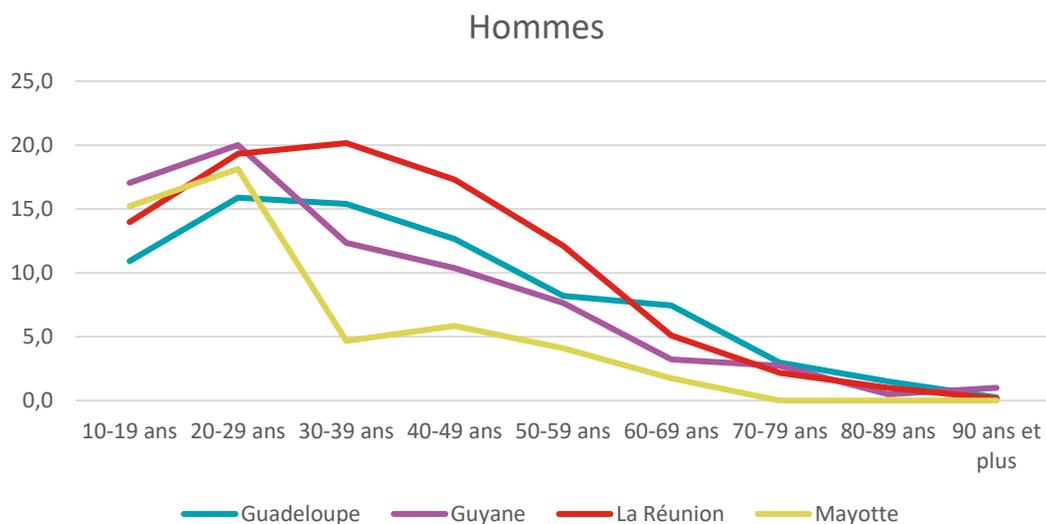
Départements	Hommes	Femmes	Ensemble
Guadeloupe	101	178	279
Guyane	101	215	316
Martinique	ND	ND	ND
Mayotte	42	56	98
La Réunion	324	533	857

Source : Santé Publique France, données OSCOUR 2018-2021 – Exploitation ORS

Les passages aux urgences pour gestes suicidaires concernent plus fréquemment les femmes que les hommes et sont également plus nombreux pour les tranches d'âge les plus jeunes (moins de 40 ans). Le pic chez les 10-19 ans est particulièrement net chez les femmes (figure 6).

Figures 6 et 7. Passages aux urgences pour gestes suicidaires selon le sexe et la tranche d'âge (pourcentage annuel moyen sur l'ensemble des passages) dans les DROM. Données 2018-2021 – Pour 100





Source : Santé Publique France, données OSCOURS 2018-20121 – Exploitation ORS

III. Mortalité par suicide

1. Une mortalité par suicide plus marquée chez les hommes

Sur la période 2015-2017, ce sont au total 154 décès par suicide qui ont été recensés en moyenne chaque année pour les habitants des cinq DROM. Parmi eux, les trois quarts (77 %) concernent des hommes.

Plus de la moitié de ces décès par suicide sont dénombrés à La Réunion. Ramenés à la taille de la population, c'est toujours l'île de La Réunion qui présente les taux les plus élevés.

Les taux de mortalité par suicide masculins sont 4 à 5 fois plus élevés que ceux des femmes sauf en Guyane où l'écart est moins marqué. La Guyane se caractérise aussi par la jeunesse des personnes décédées suite à un suicide. En effet, près de la moitié des décès par suicide sont observés chez des personnes ayant entre 15 et 34 ans.

Tableau 3. Nombres annuels moyens de décès par suicide et taux de mortalité standardisés sur l'âge (pour 100 000 habitants) dans les DROM et l'Hexagone sur la période 2015-2017

Départements	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Guadeloupe	19	11,1	< 5	1,9	23	6
Guyane	11	12,8	8	5,4	19	8,8
Martinique	20	11,6	< 5	2	24	6,2
Mayotte	< 5	NC	< 5	NC	< 5	NC
La Réunion	67	18	18	4	85	10,4
Hexagone	6 490	22	2 017	6	8 507	13,2

Source : CepiDC – Inserm, Outil de calcul des ORS MOCAO

NC = non calculé

Population référence pour standardisation : RP 2018 France entière

L'analyse des taux de mortalité par suicide révèle des disparités notables selon l'âge et le département, tant au sein des territoires ultramarins que par rapport à la France hexagonale. Ces écarts sont particulièrement prononcés en fonction des tranches d'âge et des régions. Les taux de suicide dans les départements d'outre-mer sont supérieurs à ceux de l'Hexagone, principalement chez les jeunes (moins de 35 ans) à La Réunion et en Guyane, tandis qu'au-delà de cet âge, les taux deviennent plus élevés dans l'Hexagone pour toutes les tranches d'âge. Des nuances entre les départements ultramarins sont également observées. Par exemple, la Guyane se démarque par des taux de mortalité particulièrement élevés chez les 15-24 ans, dépassant largement les autres départements d'outre-mer, tandis que La Réunion affiche des taux plus élevés chez les 45-54 ans et les 55-64 ans. En Guadeloupe, ce sont les 55-64 ans qui sont les plus touchés, tandis qu'en Martinique, ce sont les 35-54 ans qui sont les plus concernés.

Tableau 4. Taux standardisés de mortalité par classe d'âge (pour 100 000 habitants) dans les DROM et l'Hexagone sur la période 2015-2017

	Guadeloupe	Guyane	Martinique	La Réunion	Hexagone
15-24 ans	1,4	12,9	3,1	7,5	4,5
25-34 ans	7,2	7,8	8,5	13,6	9,6
35-44ans	10,4	10,9	10,2	13,7	15,4
45-54 ans	5,9	9,5	10,2	17,6	21,5
55-64 ans	11,1	12,3	8,4	14,5	19
65ans et plus	7,3	10,5	5,5	10,2	21,7

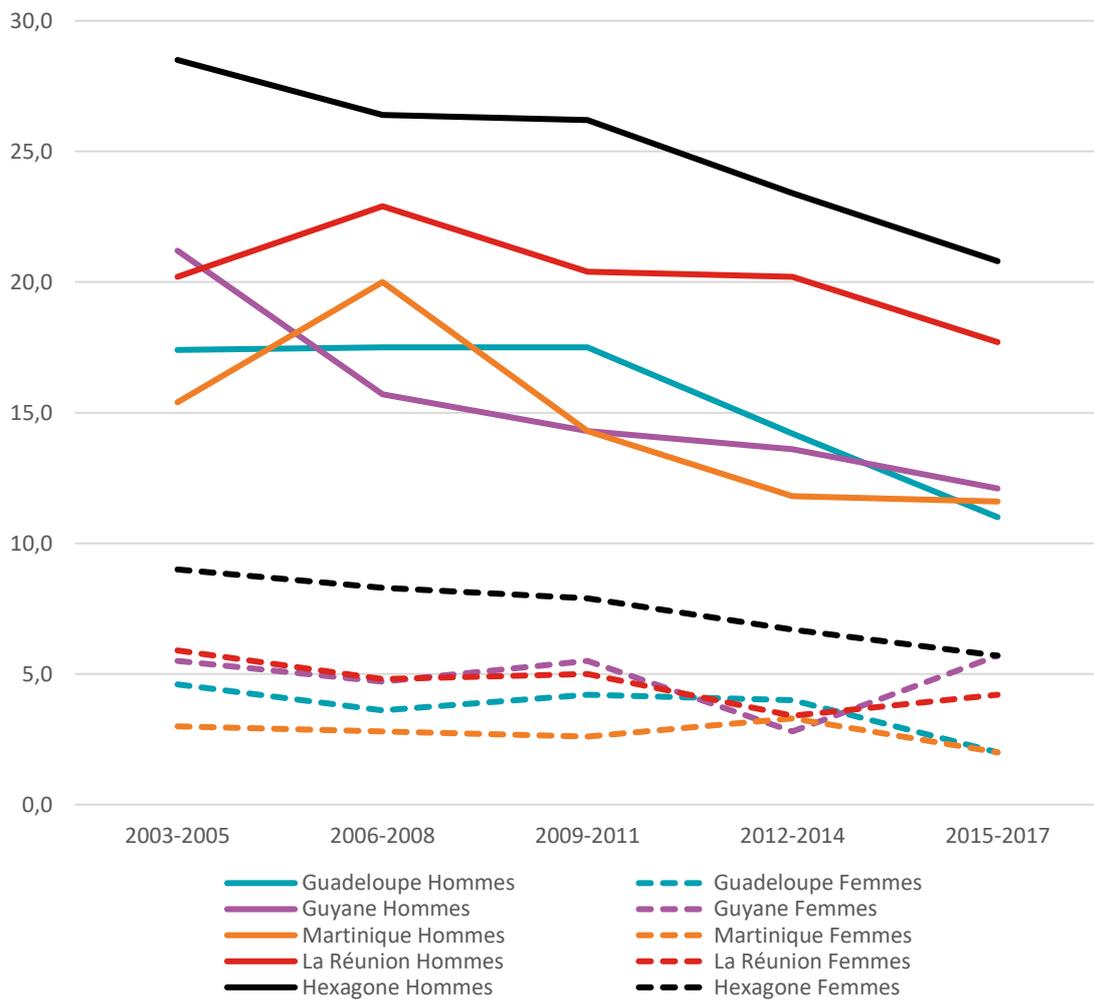
Source : CepiDC – Inserm Population référence pour standardisation : RP 2018 France entière

2. Une tendance à la baisse des taux de mortalité par suicide

En France hexagonale, on enregistre depuis plusieurs années une diminution des taux de mortalité par suicide. Dans les DROM cette tendance s'observe également même si elle apparaît un peu moins nette du fait des petits effectifs. La figure ci-dessous montre également que les taux de mortalité standardisés des DROM sont inférieurs aux taux de mortalité moyens de l'Hexagone aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Au sein des DROM, on constate que c'est à La Réunion que les taux de mortalité standardisés par suicide sont les plus élevés. À partir de 2004, les taux de mortalité de La Réunion et de la Guyane sont très proches chez les femmes.

En comparant toutes les régions françaises, Outre-mer compris, on constate que le principal mode de décès par suicide en 2015-2017 est la pendaison sauf en Corse. On retrouve en deuxième position les suicides par auto-intoxication médicamenteuse chez les femmes et par arme à feu chez les hommes. À La Réunion, ce sont les décès suite à un saut dans le vide qui occupent la deuxième place.

Figure 8. Évolution du taux de mortalité par suicide standardisé (pour 100 000 hab.) selon le sexe (moyenne annuelle sur une période de 3 ans) dans les DROM et en France hexagonale. Données 2000-2017



Source : CépiDC – Inserm, Outil de calcul des ORS MOCAO

Résultats de la phase qualitative

I- Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances sur les conduites suicidaires

Dans les départements et régions d'outre-mer, la question des conduites suicidaires constitue une préoccupation en matière de santé publique. Comprendre, prévenir et accompagner ces comportements nécessite une approche attentive et adaptée aux spécificités de chaque territoire. Pour ce faire, il est important que les professionnels de santé et les acteurs de prévention puissent disposer d'informations et de données fiables sur les conduites suicidaires. C'est dans ce contexte que les professionnels ont été interrogés sur les ressources consultées et les dispositifs à l'œuvre en matière de conduites suicidaires.

1. Des sources de données diversifiées

- Les bases médico-administratives

Dans l'ensemble, la gestion des conduites suicidaires dans les départements d'outre-mer révèle une diversité de sources d'informations et d'approches, mettant en lumière des pratiques variées selon les territoires.

Concernant les sources de données, la plupart des professionnels interrogés mettent en avant le recours aux bases médico-administratives telles que le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) ainsi que la statistique annuelle des causes médicales de décès produite par le CépiDc de l'Inserm.

D'autres sources d'information ont également été évoquées, comprenant des formations professionnelles initiales ou continues, des colloques et congrès dédiés, des travaux de recherche, le partage d'informations entre pairs, ainsi que la recherche en ligne.

Des spécificités régionales sont identifiées. Ainsi, on note que la Martinique ne dispose pas du réseau OSCOUR® et n'a donc pas accès aux données des passages aux urgences pour tentative de suicide par ce biais. Les professionnels évoquent le recours aux travaux du GEPS (groupement d'études et de prévention du suicide) ainsi qu'une veille partagée des professionnels de la psychiatrie sur un groupe de discussion en ligne. Il existe également le souhait depuis plusieurs années de créer un Observatoire du suicide et des conduites suicidaires. L'étude AUTOPSOM (Apport de l'autopsie psychologique à la compréhension des conduites suicidaires en outre-mer) qui vient de commencer a notamment pour finalité de poser les bases d'un meilleur monitoring des données du suicide en Outre-mer dans l'optique de la création d'un observatoire du suicide ultramarin.

En Guyane, en plus des principales sources précédemment citées, un recours aux données provenant de l'Observatoire des comportements suicidaires tenu par l'association Ader (Actions pour le développement, l'éducation et la recherche) est rapporté. Une source qui permet notamment de

comptabiliser les tentatives de suicide hors prise en charge hospitalière. Par ailleurs, le recours aux « capitaines » qui sont des relais au sein de villages éloignés et qui ont l'intérêt d'avoir une connaissance précise des familles et de leurs problématiques a été évoqué. Enfin, les professionnels interrogés précisent que la plupart des études sur le suicide concernent principalement les populations amérindiennes.

À Mayotte, peu d'éléments sur les sources d'information sont mentionnées par les professionnels. Même si certaines bases existent, en pratique, les faibles effectifs ne permettent pas des analyses fiables. Cependant, les données de la cellule « péri crise », dont l'objectif est d'intervenir en amont et en aval de situations de crise, semblent constituer une source plus fiable.

À La Réunion, en parallèle, l'exploration des sources administratives s'étend également à des bases de données peu exploitées, c'est le cas pour les données de l'Institut médico-légal (IML) et du Service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Certains considèrent en effet que l'optimisation de leur utilisation permettrait de renforcer la précision des constats sur les suicides. De plus, des dispositifs tels que Vigilans et le 3114, initialement conçus pour l'écoute et le maintien du contact avec les suicidants, pourraient selon certains professionnels constituer une base de données pour la surveillance des tentatives de suicide.

- **Les sources d'information concernant la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires**

Les sources de données relatives à la prévention et à la prise en charge des conduites suicidaires sont également variables selon les territoires. Les professionnels interrogés à La Réunion considèrent que le dispositif de maintien du contact avec les suicidants « Vigilans » est utile notamment pour mesurer la pénétrance (qualité d'implantation) du dispositif de prévention de la récurrence suicidaire et avoir une analyse géographique des données. Les informations provenant du « 3114 » permettraient quant à elles d'anticiper le recours aux soins, ce dispositif est par ailleurs bien identifié par les acteurs mahorais également. Le dispositif Papageno dont le but est la lutte contre la propagation des conduites suicidaires, aurait pour intérêt l'identification des hotspots (lieux à risque) afin de travailler à leur aménagement.

Dans d'autres territoires, notamment en Guadeloupe, le dispositif Vigilans déployé en février 2022 et la ligne d'écoute « 3114 » ne sont pas connus de l'ensemble des professionnels interrogés. Les sources de données émanent davantage des professionnels. En effet, les acteurs clés impliqués dans la prévention sont ceux intervenant dans les dispositifs d'aide, d'écoute et de prise en charge des personnes en souffrance psychique, comme la ligne d'écoute Amalgam Humanis, la maison des adolescents (MDA), les équipes de l'établissement public de santé mentale (EPSM), les Centres médico-psychologiques (CMP), les infirmiers en milieu scolaire. Moins connus des professionnels, l'espace d'écoute « La Soulagerie » se veut un lieu sans connotation psychiatrique où la parole se libère. Identifiés également comme principales sources d'informations, les médecins de ville, l'entourage proche des suicidants, les psychologues et psychiatres. Cependant, certains professionnels interrogés considèrent que la Guadeloupe ne dispose pas encore d'une politique de prévention du suicide bien définie.



En Martinique, des initiatives sont en cours, avec une feuille de route régionale de prévention et des liens très étroit avec le réseau national de psychiatres et le groupement d'études de prévention du suicide (GEPS). Malgré cela, il subsiste des lacunes dans la connaissance des dispositifs de prévention existants et tous les professionnels ne semblent pas avoir le même niveau de connaissance sur les dispositifs de prévention et les actions menées. Au sein des équipes pluridisciplinaires (psychologues, infirmiers, éducateurs, psychomotriciens, orthophonistes ...) les échanges semblent plus riches que pour les médecins qui sont souvent seuls dans une structure et qui n'ont donc pas ces temps d'échanges avec leurs homologues des autres structures pour s'informer.

2. Des sources disponibles mais non exhaustives

Les professionnels ont soulevé plusieurs contraintes lors de la collecte et de l'analyse des données sur les conduites suicidaires, en particulier en raison de problèmes de sous-déclaration des décès par suicide et des tentatives de suicide. Cette problématique semble être présente dans l'ensemble des départements d'outre-mer, rendant le suivi et l'évaluation et du phénomène suicidaire plus complexe.

• En lien avec la sous-déclaration

Globalement, la plupart des intervenants ont exprimé une perception commune de la sous-déclaration sans toutefois disposer de données chiffrées précises pour étayer ces impressions. Le manque de données suscite des incertitudes quant à l'ampleur réelle de la sous-déclaration.

« Je pense qu'elle est sous-estimée ça c'est sûr. Je ne vais pas vous donner un chiffre qui ne reposerait sur rien » Guad2.

« J'ai l'impression, c'est une impression qu'on est bien en deçà de la réalité Je ne pourrai pas dire, j'aime bien fonctionner avec les chiffres » Guad1.

Plusieurs explications ont été avancées lors des entretiens. Le principal facteur contribuant à la sous-déclaration réside dans les problèmes de codage des conduites suicidaires, en particulier pour les tentatives de suicide. Ces dernières ne sont pas systématiquement codées, et lorsque cela se produit, des erreurs ou un manque de précision sont constatés.

« Les gens codent mal, ne sont pas intéressés par cela, ils ont le sentiment que ce n'est pas le rôle du médecin de coder. Ils disent on n'est pas là pour coder, on est là pour soigner » Run1.

À l'origine de ces dysfonctionnements, les professionnels interrogés font état d'un manque de sensibilisation à l'égard de la démarche de codage dans le PMSI, un manque de temps. Pour certains leur priorité réside dans la prestation des soins, considérant le codage comme une tâche rébarbative et secondaire. Un défaut de formation est également mentionné comme explication aux erreurs constatées. Certains professionnels suggèrent que, plutôt que de parler de sous-déclaration, il serait plus juste de qualifier la situation de « codage erroné ». Dans certains cas, notamment à Mayotte, le *turnover* des professionnels ne permet pas la continuité dans les pratiques de codage. Il y aurait, par ailleurs un manque de connaissances sur les modalités de codage concernant les trois diagnostics

utilisés : Diagnostic Principal (DP), Diagnostic Relié (DR), et Diagnostic associé (DAS), le suicide n'est pas ou peu enregistré dans les bases médicales.

« Les professionnels, ils vont juste mettre une pathologie sous-jacente : schizophrénie, troubles bipolaires, dépression, anxiété, psycho traumatisme mais ils ne vont pas rajouter tentative de suicide » May1.

« Quelqu'un qui a avalé de l'eau de Javel, ce sera noté qu'il a avalé de l'eau de Javel mais pas suicide » Guad2.

Par ailleurs, le système d'information concernant les tentatives de suicide ne permet pas de comptabiliser les tentatives dites « à bas bruit », c'est-à-dire celles qui ne donnent pas lieu à une prise en charge hospitalière. Les données de la médecine de ville font défaut, rendant l'évaluation du phénomène suicidaire incomplète.

« Les données sont comptabilisées lorsqu'il y a un déclenchement du SMUR pour une TS mais il y a plein de TS sans déclenchement du SMUR » Guad1.

Selon d'autres professionnels, la sous-déclaration est liée à une problématique de renoncement aux soins, un constat émis principalement par les intervenants à Mayotte. Ces renoncements seraient motivés par des raisons financières ou en lien avec des situations administratives complexes, notamment pour les personnes vivant à Mayotte en situation irrégulière.

« Les gens ne se rendent pas à l'hôpital » May5.

• En lien avec le tabou du suicide

Le tabou entourant le suicide constitue un obstacle culturel important, un constat que l'on retrouve sur l'ensemble des territoires ultra-marins. Les conduites suicidaires sont mal indexées en raison de la réticence sociale, culturelle et religieuse à évoquer ce phénomène. Dans certains contextes, les intervenants soulignent l'existence d'un tabou profondément enraciné autour du suicide. La stigmatisation sociale et la honte associées au suicide peuvent ainsi dissuader les personnes concernées, leurs proches et même parfois les professionnels de la santé d'évoquer des informations sur les tentatives de suicide ou les suicides.

« Il y a encore des médecins généralistes qui connaissent bien les familles, qui ne mettent pas d'obstacles [à ne pas déclarer le décès par suicide] » Run1.

La réticence à déclarer les suicides est également à mettre en lien avec des enjeux religieux, notamment la possibilité pour les familles d'avoir un service religieux pour les funérailles. Le tabou du suicide renforce les difficultés de recueil de données et par conséquent crée un environnement qui contribue à la sous-déclaration des conduites suicidaires, compromettant *in fine* l'efficacité des programmes de prévention et d'intervention.

3. Des besoins d'améliorations pour répondre aux besoins des acteurs

Pour améliorer la collecte et l'analyse des données, les professionnels ont formulé des pistes d'amélioration et des recommandations, développées ci-dessous.

- **Collecte des données**

Centralisation des données provenant de diverses sources. L'un des besoins d'amélioration exprimé par les professionnels interrogés concerne la centralisation des données provenant de diverses sources. Actuellement, la fragmentation des informations provenant des différentes sources de données précitées, entrave la possibilité d'une vision globale et précise des conduites suicidaires. La mise en place d'un système intégré de collecte et de stockage de données permettrait de consolider ces différentes sources, et faciliterait l'analyse globale des tendances, des motifs, et des caractéristiques des actes suicidaires.

Mobiliser d'autres sources de données. L'exploitation d'autres sources de données, notamment celles du rectorat, de la police, de la médecine de ville, de l'IML actuellement sous-utilisées, pourrait fournir des perspectives supplémentaires sur les facteurs associés aux conduites suicidaires. Il en va de même pour les données du « 3114 » qui permettraient d'anticiper le recours aux soins.

Harmonisation des données pour une compréhension cohérente. La diversité actuelle des sources de données, des pratiques de codage, des classifications utilisées génère des incohérences dans les données sur les conduites suicidaires. L'harmonisation des données constitue selon les interlocuteurs un enjeu important pour assurer une compréhension cohérente des conduites suicidaires et éviter les distorsions dans les analyses épidémiologiques et permettrait de s'appuyer sur des constats partagés. Le rapprochement des chiffres du SAMU aux chiffres des urgences est un exemple d'application pratique.

- **Recherche épidémiologique et études des déterminants**

Demandes pour des recherches épidémiologiques approfondies. Les professionnels interrogés ont exprimé un besoin important en recherches épidémiologiques approfondies sur les conduites suicidaires. Ce besoin souligne l'importance de disposer de données actualisées et détaillées pour mieux comprendre la dynamique de ces comportements dans chaque territoire.

Étude des déterminants menant à un acte suicidaire. Dans les suites du besoin précédemment exprimé concernant le développement des études épidémiologiques, les professionnels précisent les axes de recherches qu'ils considèrent prioritaires. Il s'agit notamment d'avoir une meilleure compréhension des déterminants qui conduisent à un acte suicidaire. Une étude approfondie de ces déterminants permettrait d'identifier des pistes d'intervention spécifiques pour ensuite orienter de manière plus ciblée les actions de prévention en région.

- **Formation des professionnels**

Former les professionnels pour le repérage et le codage des suicides. Les personnes ressources ont souligné la nécessité de doter les professionnels concernés de compétences spécifiques en matière de suicide, à travers des formations axées sur la cotation des diagnostics et la détection des signes avant-coureurs de conduites suicidaires. Cette montée en compétences permettrait d'améliorer la qualité des données collectées et de renforcer la vigilance ainsi que l'efficacité des professionnels dans la gestion des situations liées aux conduites suicidaires.

- **Meilleure structuration dans l'organisation de la prévention.**

Concernant l'amélioration des données relatives à la prévention et à la gestion des comportements suicidaires, les propositions des intervenants sur le terrain mettent l'accent sur les points suivants :

- Évaluer les actions de prévention pour mesurer leur impact et ajuster les stratégies.
- Établir un annuaire des professionnels de santé concernés/spécialisés dans le domaine du suicide et le mettre à la disposition des acteurs de terrain.
- Améliorer la communication entre les acteurs et renforcer les liens entre les structures, notamment entre les établissements hospitaliers et les services de santé scolaire, ainsi qu'avec la médecine de ville.



II- SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE, FACTEURS DE RISQUE ET DÉTERMINANTS

Ce chapitre explore la perception des professionnels quant à la cohérence des données épidémiologiques régionales. Une approche populationnelle a été mise en œuvre afin de repérer les publics vulnérables face aux conduites suicidaires dans les DROM, tout en explorant les déterminants individuels, sociaux et environnementaux associés à ces comportements. L'objectif est de dégager des similitudes interrégionales tout en mettant en évidence les particularités propres à chaque territoire. Cette analyse vise à mettre en lumière les ajustements et les améliorations possibles dans les stratégies de prévention et les pratiques d'intervention face au suicide.

1. Regards sur les données épidémiologiques

Les constats formulés dans le chapitre précédent au sujet de la sous-déclaration des conduites suicidaires trouvent un écho dans l'opinion des professionnels sur la situation épidémiologique dans leurs régions respectives. La majorité d'entre eux confirment le caractère non exhaustif et non représentatif des réalités observées sur le terrain, mettant en lumière les lacunes dans le repérage des suicides et des tentatives de suicide, en particulier en ce qui concerne le repérage des populations vulnérables.

*« ...il n'y a pas de cohérence avec le terrain, ceux qui se suicident ou tentent, sont les adultes de 40-55 ans exposés à des difficultés conjugales, précarité financière ... »
Run1.*

« [à Mayotte] ... 7 cas de suicides sur la période 2015-2017 c'est trop peu... » May1.

Les interviewés soulignent par ailleurs que les données épidémiologiques ne sont pas comparables entre elles, ainsi les données issues du dispositif Vigilans ne sont pas cohérentes avec les données de Santé publique France notamment.

« ...elles [données] ne sont pas cohérentes entre Vigilans et SpF et ORS ...les chiffres Vigilans sont basés sur du déclaratif des urgences, mais il y a quand même une grosse différence entre les chiffres et la réalité du terrain, 2 TS par jour pour toute La Réunion, ça fait peu... » Run3.

Les témoignages présentent toutefois des nuances en ce qui concerne la fiabilité des données. Certains interviewés estiment que même si ces dernières ne reflètent pas pleinement la réalité, elles permettent tout de même de rendre compte des tendances actuelles en matière de passages à l'acte suicidaire et de les suivre dans le temps. C'est le cas, par exemple, pour l'augmentation notable des idées suicidaires pendant la crise sanitaire et des tentatives de suicide chez les jeunes de moins de 25 ans depuis la fin du confinement, constatées par les psychiatres à La Réunion. Pour ces derniers, les statistiques sont en totale cohérence avec ces observations.

Globalement, cette disparité d'opinions souligne l'importance d'une réflexion approfondie sur les méthodes de collecte de données et sur les pistes d'amélioration, afin de tendre vers une représentation fiable et précise des réalités observées sur le terrain.

2. Publics vulnérables identifiés

Les personnes vulnérables et prioritaires pour la prévention des conduites suicidaires sont celles qui courent un risque accru de développer des idées suicidaires ou de passer à l'acte. Il s'agit généralement de personnes confrontées à des difficultés sociales, psychologiques ou environnementales particulières, ou ayant subi des traumatismes.

Au sein des DROM, un constat général souligne la vulnérabilité extrême des jeunes, considérés comme les plus susceptibles de présenter un risque de passage à l'acte, suivis par les adultes en situation de précarité économique et sociale. Face à l'ampleur de la problématique du suicide chez les jeunes, et afin de rendre compte des témoignages fréquents et détaillés des professionnels concernant ce public spécifique, une analyse approfondie a été réalisée afin d'explorer la complexité des profils et des problématiques associés au phénomène suicidaire chez les jeunes.

- Jeunes en difficulté psychosociale

Situation épidémiologique préoccupante

La situation du risque suicidaire chez les jeunes suscite une préoccupation bien ancrée depuis plusieurs années dans l'ensemble des DROM. Les données statistiques mettent en effet en lumière un risque élevé parmi les jeunes, en particulier chez les adolescents et jeunes adultes de moins de 25 ans. Les professionnels expriment leur inquiétude concernant cette tranche d'âge, soulignant une détérioration de la situation depuis le début de la crise sanitaire. Cette période semble avoir intensifié la souffrance psychologique des jeunes, se traduisant par une augmentation des comportements suicidaires.

« ... La question des jeunes très très clairement.../...on a beaucoup, beaucoup de jeunes beaucoup de jeunes filles. Une grande partie de notre population c'est cette population-là, une population de jeunes filles ... » Run3.

« La majorité des ados qui sont reçus en CMP ou hospitalisés le sont pour le motif de suicide (idée ou comportement) » Mar1.

Certains professionnels considèrent que l'ampleur des comportements suicidaires chez les jeunes est largement sous-évaluée, considérant que ne sont comptabilisés que ceux qui ont pu être repérés et pris en charge.

Un constat que l'on retrouve dans la littérature et qui révèlent notamment un écart entre les données d'enquêtes (Baromètre santé) au sein desquelles la proportion de jeunes qui déclarent des passages à l'acte est supérieure à celle des jeunes hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie.

« ...on peut toujours dire que peut-être c'est mieux repéré mais je ne crois pas qu'il soit mieux repéré ; je pense que de toute façon on ne voit qu'une partie très faible de la population parce que c'est celle qui arrive, que ce soit par le biais de l'école ou parfois d'elle-même, ou des médecins traitants à être orienter vers le système de soins... » Run2.

Les jeunes filles particulièrement concernées

Les professionnels interrogés observent une prévalence plus élevée d'adolescentes confrontées à des troubles dépressifs et à des comportements suicidaires et ce sur l'ensemble des territoires ultramarins de l'étude. Des études documentent l'impact des normes de genre sur les comportements suicidaires des jeunes filles, qui expriment souvent leur détresse par des actions autodestructrices comme les scarifications et les troubles alimentaires. Les idées suicidaires chez les filles sont souvent liées à des traumatismes tels que les agressions sexuelles.

Ces situations sont rapportées de manières très récurrentes et concernent l'ensemble des DROM de façon plus ou moins soutenue. Mayotte est le département qui décrit le plus l'impact des violences sexuelles chez les jeunes filles.

« ...les plus vulnérables sont les filles, les agressions sexuelles font partie pour beaucoup d'entre elles de leur antécédents ... celles qui vont amener ça comme motif premier c'est pas la majorité. On met souvent diag de trauma en lien avec agression sexuelle. C'est assez fréquent... » Run9.

Pour d'autres, il est question de grossesses précoces avec parfois l'impossibilité pour l'adolescente d'annoncer sa grossesse à ses parents, notamment dans les familles croyantes pratiquantes.

« Tentatives de suicide se font dans quelques cas de jeunes filles en religion (autre que la religion catholique, plus de rigueur morale) ...Tentatives à l'eau de javel pour purifier la faute... Les jeunes filles de 15-16 ans accouchent dans une situation de mère empêchée... » Guad1

Les interviewés soulignent la nécessité d'accorder une attention particulière à ce groupe spécifique lors des prises en charge, compte tenu de la complexité des situations de vulnérabilité que rencontrent les jeunes filles.

Un manque de repérage des passages à l'acte masculins : le phénomène des équivalents suicidaires à explorer

Cette prédominance de jeunes filles est nuancée par certains pédopsychiatres qui expliquent cette surreprésentation féminine dans les comportements suicidaires par un mauvais repérage des comportements masculins. Il s'agirait plus précisément d'équivalents suicidaires⁸, c'est-à-dire de comportements qui se traduisent par des actes impulsifs, des prises de risques dangereuses, ou des actions autodestructrices sans qu'il y ait l'expression du désir de mettre fin à sa vie.

En pratique, ces situations sont peu repérées ou mal identifiées. Ainsi les accidents de la route avec notamment des jeunes qui traversent sans regarder sont pris en charge en traumatologie sans faire le lien avec leur état psychologique. Il en est de même pour les ivresses ou les consommations de

⁸ Les équivalents suicidaires – OFDT- C. Vindreau and all.1987

substances psychoactives chez les jeunes qui ne sont traitées que du point de vue addictologique. Selon les psychiatres, ces comportements sont à la fois mal dépistés mais également mal pris en charge. À titre d'exemple, les cas d'ivresse chez les jeunes sont souvent pris en charge comme des ivresses adultes, sans tenir compte d'une évaluation complète de leurs aspects socio-psychologiques. Lorsque des épisodes d'ivresse surviennent, il est fréquent que les équipes d'urgence adultes prennent en charge les jeunes, même si elles ne sont pas toujours formées ni sensibilisées aux particularités de l'enfance et de l'adolescence.

« Certaines alcoolisations massives qui entraînent le coma profond pourraient être des tentatives de passage à l'acte.../...Certaines plaies, certains accidents ne sont pas toujours anodins. » Guad1.

« il y a aussi les conduites suicidaires qui sont mal identifiées, conduites à scooter, addictions de toutes sortes de produits. » Guad2.

« Conduire zamalé (sous cannabis) en scooter à 100km/h sur le boulevard sud. Si ce n'est pas une conduite suicidaire, je n'y connais rien » Run6.

« ... On ne nous adresse pas forcément, tous, normalement on devrait nous les adresser mais s'ils sont agités etc., ils passent par les urgences adultes et donc je pense que là, il y en a qui passent à la trappe. Parce que c'est traité comme une ivresse chez l'adulte. Or, chez l'enfant et l'adolescent, les ivresses doivent être évaluées, elles devraient avoir une évaluation socio-psychologique, socio-psychiatrique, ... Parce qu'ils passent par le service adulte donc ils sont traités par les équipes adultes. Si vous avez une ivresse avec un jeune qui est agité, il ne va pas rester en pédiatrie, pour un peu qu'il ait 16 ans et qu'il fasse 1m80, il va passer chez les urgences adultes. Et là, aux urgences adultes, il va être avec des équipes qui sont habituées à travailler avec des adultes. Donc ils n'auront pas forcément, là il y a un défaut encore, ça revient à un défaut de formation, sensibilisation. Et je sais que parfois, ils devraient être systématiquement, et je suis certain qu'on les fait sortir comme on fait sortir une femme ou un homme de 40 ans qui s'est alcoolisé en disant il va cuver pendant la nuit puis le lendemain matin il reprends sa vie. Alors qu'on devrait s'y arrêter... » Run6.

Des facteurs de risque communs aux territoires

Les facteurs de risque suicidaire chez les jeunes sont multidimensionnels, en lien avec des aspects familiaux, scolaires, psychosociaux, économiques et culturels. En effet, les ruptures amoureuses ou sentimentales, les disputes familiales violentes, et la souffrance dans divers domaines (école, maison, vie sentimentale) peuvent déclencher des crises suicidaires. La prise en charge de ce public nécessite une approche globale, tenant compte de la diversité des situations individuelles. L'analyse des facteurs de risque évoqués par les professionnels concernant les jeunes révèle des similitudes entre les territoires, notamment en ce qui concerne les facteurs liés à un environnement familial violent, et à une pression scolaire accrue.

- Les violences intrafamiliales

La maltraitance dans l'enfance, particulièrement les punitions corporelles violentes que l'on retrouve dans les régions ultramarines, mais également les carences affectives et les négligences familiales vécues par les jeunes sont associées à la survenue de comportements suicidaires. Par ailleurs, ceux ayant des antécédents de psycho traumatismes, notamment d'agressions sexuelles, présentent une vulnérabilité accrue. Selon les professionnels, les violences intrafamiliales vécues dans l'enfance et non prises en charge ont des répercussions à long terme d'où l'importance d'un repérage précoce pour une intervention spécialisée, de sensibilisation et de prévention pour protéger les jeunes et favoriser leur bien-être.

« Dans les jeunes que l'on rencontre c'est quand même extrêmement fréquent. C'est-à-dire ce sont des enfants, des adolescents qui ont été exposés à de la violence conjugale si ce n'est pas directement eux-mêmes qui sont victimes de violence. Tout ce qui est abus, attouchements intra-familiaux, extra-familiaux, ... » Run6.

Ce jeune qui me dit « ...je suis resté trois jours sans manger, je les regarde mais personne ne me demande pourquoi je ne mange pas » Guad3.

- Pressions et harcèlement en milieu scolaire

Les facteurs scolaires ont un impact significatif sur la santé mentale des jeunes, que ce soit en termes d'exposition au stress lié aux exigences de réussite aux examens ou aux situations de harcèlement scolaire. Ainsi, le redoublement et les choix d'orientation sont décrits comme des sources importantes de souffrance psychologique et d'angoisse. Selon certains interviewés, plusieurs périodes scolaires à risque sont identifiées. Souvent il s'agit de période correspondant aux choix d'orientation, ils décrivent des élèves qui optent pour une orientation scolaire non conforme aux désirs des parents, entraînant une déception des familles qui peut déstabiliser les enfants. De même les périodes de changement de classe ou de cycle scolaire : passage en CP, en 6ème ou la seconde ainsi que le dispositif « Parcoursup » constituent des phases à haut risque de stress chez les jeunes. Par ailleurs, certains acteurs interrogés mentionnent des mots parfois blessants proférés, de manière involontaire, par l'équipe éducative.

« Un professionnel de l'éducation nationale qui était dur et répondait n'importe quoi et n'importe comment aux enfants ». « Des remarques désagréables, parfois un mot, proféré involontairement, peut blesser un enfant, entraînant des problèmes d'estime de soi et de perte de confiance dans l'institution » Guad1.

« Chez les enfants, par expérience, je peux dire qu'une des premières causes (de TS), c'est le harcèlement scolaire chez les ados » Guad5

Avec quelques spécificités selon le territoire

- À Mayotte, une précarité et un seuil de tolérance à la douleur différent

Les personnes issues de l'immigration notamment des Comores, font face à une précarité extrême qui, selon les professionnels, peut influencer leur perception de la douleur et leur seuil de tolérance, ce qui impacte leur accès aux soins. De plus, la dynamique des familles nombreuses que l'on retrouve

fréquemment chez ce public rend difficile la compréhension de la souffrance chez les enfants et les adolescents pour leur entourage. Comme le soulignent les professionnels, le contexte de fratrie nombreuse atténue parfois la perception des signaux de détresse, et les proches peuvent ne pas répondre adéquatement aux problématiques et aux besoins spécifiques des jeunes.

« ...cette mamie, qu'on a vu la semaine dernière, qui nous a dit « mais ma petite fille je l'aime, je lui donne tout le temps des friandises, elle a un beau téléphone, elle est bien habillée, on l'emmène au parc ... » Ça me fait parfois penser un peu à, au temps longtemps, quand on avait nos parents qui avaient connu la guerre et ils estimaient un peu que dès l'instant où matériellement on a tout ce qu'il faut, on a tout pour être heureux. Et parfois je retrouve un peu ça dans les personnes qui viennent... » Run6.

Les jeunes en situation de précarité économique et sociale sont également particulièrement vulnérables. La précarité agit comme un facteur supplémentaire chez les jeunes issus de milieux défavorables. Dans la plupart des cas, les difficultés liées au statut migratoire de certaines familles contribuent davantage au mal-être des jeunes. Les jeunes isolés par l'absence des parents se trouvant aux Comores à Anjouan ou Madagascar, se retrouvent dans des conduites addictives, ou de violences importantes.

« ... j'ai eu des situations où les jeunes pour eux c'était tellement insupportable d'être chez eux qu'ils préfèrent traîner à l'extérieur ou aller chez des amis parce qu'ils envient ce que les autres ont et eux n'ont pas chez eux ! Donc le fait de vivre dans des conditions insupportables peut avoir un effet sur le passage à l'acte ». May1.

- À La Réunion, la prise en charge psychiatrique de jeunes issus de Mayotte ou des Comores

À La Réunion, pour certains intervenants la région ferait face à une spécificité liée à l'augmentation de la population Mahoraise et Comorienne sur le territoire dont la présence de jeunes mineurs vivant avec des familles non parentales. De plus, des enfants mineurs sont évacués à La Réunion pour des raisons sanitaires, et certains d'entre eux présentent déjà des parcours de vie dégradés.

« ...ils se retrouvent comme ça, ils circulent, ils arrivent seuls à La Réunion et ensuite, la tatie au bout de quelques mois se retrouve avec une jeune fille qui se scarifie, qui ne va pas à l'école, qui est enceinte, etc... Donc ça clairement, je pense que l'équivalent aux Antilles, ça n'existe pas... » Run6.

- En Guyane et à Mayotte, un décalage générationnel

En Guyane, chez les populations amérindiennes, la transition des jeunes adolescents, qui quittent souvent leur village dès le collège, s'accompagne d'une rupture brutale. Cette phase crée, d'une part, un malaise identitaire accentué par le contraste entre les modes de vie traditionnels et l'influence croissante de la modernité occidentale. Ce décalage génère une souffrance au sein des communautés, où les générations se trouvent en désaccord.

D'autre part, cette transition expose les jeunes qui quittent leur région sans accompagnement ni référents adultes, à des problèmes familiaux et socio-éducatifs. Ce public, est décrit comme parfois immature pour son âge, et influençable face aux pressions des réseaux sociaux et de l'environnement.



« Nous passons d'un mode de vie très traditionnel à quelque chose de très occidental. Cela crée de la souffrance car se crée un décalage entre les générations. Cela crée des ruptures » Guy1.

« On sent qu'il y a un entre-deux qui est inconfortable car à la fois, ils ont envie de cette modernité et d'y avoir accès au même titre que tout le monde, et en même temps cela crée du conflit dans la communauté. On n'est bien ni dans l'un, ni dans l'autre » Guy1.

Un constat que l'on retrouve également chez les jeunes mahorais installés depuis longtemps à La Réunion et qui sont confrontés à une rupture générationnelle avec leurs parents encore ancrés dans la tradition. Les jeunes se sont dans la plupart des cas créolisés et ont adopté une culture différente de celle de leur famille, créant ainsi des conflits intrafamiliaux.

- En Guadeloupe et à La Réunion, les transitions identitaires en augmentation

La dysphorie de genre est reconnue comme un facteur de risque associé à la survenue d'épisodes dépressifs et d'idéations suicidaires, en raison de la détresse vécue par les personnes concernées.

« ...c'est rare qu'il y ait une dysphorie de genre sans troubles dépressifs... il y a un travail avec les endocrinologues pour ce public là.... Impression qu'il y en a beaucoup » Run9.

Plusieurs professionnels de La Réunion et des Antilles ont évoqué des cas de transitions identitaires chez les jeunes. À La Réunion, une augmentation significative des demandes de transition est observée chez les jeunes filles alors que traditionnellement c'est souvent une démarche masculine. En Guadeloupe, des exemples de passages à l'acte dans ce contexte sont rapportés, le plus souvent lorsque que la transformation n'est pas acceptée dans la famille. En Martinique également les demandes pour transitions de genre sont en augmentation même si elles restent peu nombreuses. Une prise en charge spécifique et multidisciplinaire a été mise en place au CHU de Martinique.

« Un garçon mais qui désire être une fille. ...avait le désir d'en finir parce que non entendu.../... Elle a fait deux « petites » TS pour faire pression auprès de sa mère pour qu'elle accepte la transformation... » Guad4.

« ... ce qui intéresse la médecine c'est ce qu'on appelle la médecine par la dysphorie de genre. C'est-à-dire qu'on accompagne et on traite, non pas la conviction de ne pas être dans le bon corps mais la difficulté justement à faire face à cette problématique. Le regard familial, le regard social, bien sûr. C'est l'inadéquation entre le genre perçu et le genre physiologique qui génère la souffrance. Il y a une souffrance majeure » Run6.

En conclusion, s'agissant des facteurs de risque spécifique aux jeunes, on observe que la détresse des jeunes s'inscrit dans un contexte vaste. Lorsque plusieurs difficultés convergent, tels que les difficultés à l'école, les problèmes familiaux et des déceptions amoureuses, cela peut déclencher une crise suicidaire. Les professionnels, particulièrement les pédopsychiatres insistent sur l'importance de

prendre en compte les traumatismes non traités, en particulier les antécédents psycho-traumatiques et les symptômes post-traumatiques, comme des éléments majeurs dans la compréhension de la situation.

Les modes de passage à l'acte suicidaire spécifiques aux jeunes

De façon récurrente, plusieurs interviewés (Guadeloupe, Réunion, Mayotte) évoquent un mode de passage à l'acte récent et en évolution qui concerne les intoxications médicamenteuses volontaires, notamment au paracétamol, un médicament analgésique et antipyrétique couramment disponible. Ce type de passage à l'acte toucherait particulièrement les adolescentes.

Le paracétamol est largement répandu dans les foyers, ce qui le rend très accessible pour les jeunes. Certains d'entre eux se renseignent activement sur les réseaux sociaux et utilisent ces informations pour choisir un produit en étant conscients de sa toxicité. Bien que la dose toxique par boîte de comprimés de paracétamol ne représente pas un risque majeur, il est fréquent que les familles aient plusieurs boîtes à la maison.

« ... dans l'association alcool et médicament, le paracétamol on le retrouve quand même assez souvent. Peut-être parce qu'il y en a beaucoup dans les maisons... Du coup quand on a des enfants qui ont pris du paracétamol, on leur pose la question s'ils connaissent la toxicité maintenant, ... » Run6.

« Je trouve qu'il y a une banalisation de consommation de paracétamol, vente très libre... » May9.

Parfois, les jeunes associent plusieurs médicaments, bien que l'alcool ne soit pas souvent impliqué. Les cas d'intoxication sont relativement rares, mais les professionnels rencontrent parfois des cas liés à la consommation de cannabis ou de cannabinoïdes de synthèse "tabac chimique", bien que cela ne soit pas très fréquent.

En Guyane, des passages à l'acte des adolescents par l'ingestion de « paraquat », une molécule contenue dans des désherbants particulièrement toxiques a été une source de préoccupation.

Les professionnels insistent également sur le recours fréquent à des gestes auto-agressifs, une modalité de passage à l'acte qui suscite une inquiétude croissante concerne l'utilisation des scarifications, souvent diffusées sur les réseaux sociaux.

Des leviers / Préconisations

Les propositions d'amélioration de la prise en charge des conduites suicidaires chez les jeunes concernent principalement des leviers en lien avec l'offre de soins, notamment :

- **Importance de l'évaluation initiale et du contact avec le système de soins :** selon les interviewés toute évaluation en pédopsychiatrie représente le premier point de contact des patients avec le système de soins en santé mentale. Il est donc recommandé que les postes d'évaluation soient occupés par des professionnels compétents et expérimentés afin d'assurer une évaluation précise, bienveillante et efficace. Un premier contact positif peut avoir une influence importante sur la qualité des soins à venir.

- **Former les professionnels de santé au repérage et à la gestion de la crise suicidaire** : au regard des spécificités des publics adolescents, une majorité de professionnels interrogés recommandent que l'ensemble des professionnels de santé (personnels de service de pédiatrie et des urgences) soient formés à la gestion des crises suicidaires et que toutes les personnes travaillant auprès des jeunes (milieu associatif, entraîneur sportif, etc.) soient formées *a minima* pour être en mesure de repérer et d'orienter un jeune en souffrance.
- **Organisation de centres de crise sanitaire** : afin de répondre de manière urgente aux situations critiques impliquant des jeunes. Ces centres seraient dotés de professionnels formés à la gestion des crises, capables d'intervenir rapidement pour fournir un soutien psychologique et des soins spécialisés, afin de répondre aux besoins spécifiques des jeunes patients.
- **Permanence des soins d'urgence en pédopsychiatrie** : certains professionnels soulignent l'importance d'une organisation collective visant à assurer la continuité des soins d'urgence en pédopsychiatrie. Ils suggèrent la présence d'un pédopsychiatre dans l'ensemble des services d'urgence pour garantir une prise en charge adaptée.
- **Mise en place d'un hôpital de jour de crise** : la mise en place d'un hôpital de jour de crise constitue une alternative à l'hospitalisation complète. Elle permet un environnement thérapeutique intensif durant la journée tout en autorisant le retour des jeunes patients chez eux le soir. Une approche qui vise à préserver les liens familiaux et sociaux tout en assurant une prise en charge spécifique aux jeunes.

- **Autres publics vulnérables identifiés**

Les adultes en précarité socioéconomique

Le public le plus fréquemment évoqué en dehors des jeunes est celui des adultes en situation de précarité globale. Les professionnels s'inquiètent particulièrement pour des quarantenaires et plus, qui sont confrontés à toutes sortes de problématiques, notamment des conflits conjugaux, un usage problématique d'alcool, des difficultés financières ou professionnelles, qui peuvent contribuer à leur vulnérabilité. Ce public est d'autant plus préoccupant en raison de sa propension à éviter facilement les soins et à être réticent à établir des liens avec les professionnels de la santé.

« Les jeunes, c'est le public qui nous inquiète par rapport aux tentatives de suicides mais le public qui nous inquiète et qui se suicide ce ne sont pas les jeunes la plupart du temps, ce sont les hommes qui ont une quarantaine d'années en fait... en général ce sont plutôt ces profils là en réalité qui nous inquiètent parce qu'eux, on sait qu'ils sont à risque de mourir par suicide... » Run3.

Dans l'ensemble des problématiques abordées, la précarité financière est celle qui est la plus exprimée par les professionnels, elle touche toutes les tranches d'âge. Les DROM sont en effet marqués par des taux de chômage particulièrement élevés comparativement à l'Hexagone. Les prix pour l'alimentation ou la santé sont bien plus élevés qu'en France hexagonale. Des facteurs aggravants sont par ailleurs rapportés dans l'ensemble des territoires, en lien avec la monoparentalité, l'illettrisme, le statut

migratoire, l'éloignement familial, etc. Ces conditions sociales difficiles, souvent qualifiées de "misère sociale", génèrent des fragilités et des comportements à risque. Le passage de la crise sanitaire a eu un impact aggravant sur les vulnérabilités économiques.

« Les gens de la tranche d'âge 15-35 ans ne voient pas le bout du tunnel ... Il y a une population qui est réellement désespérée ... Etalage de biens ou de nourriture auxquels certaines personnes n'ont pas accès... On ne supporte plus la misère comme avant... il y a des gens qui se nourrissent dans les rayons de magasins... Les gens sont fiers et n'ont pas recours aux aides... les gens vivent des drames et ils tiennent sur leurs pieds... » Guad1.

Personnes âgées et isolées

Les personnes âgées, en raison de facteurs tels que la solitude, l'isolement social et la souffrance psychologique, constituent également un public vulnérable face au risque suicidaire. Seuls les professionnels des Antilles et de La Réunion ont abordé la question des personnes âgées et du risque de comportement suicidaire.

Ce constat est en cohérence avec les enjeux démographiques liés au grand âge dans les outre-mer. Ces derniers présentent des situations démographiques diverses⁹. Il y a d'une part, les Antilles et La Réunion où l'on constate une augmentation importante du nombre de seniors, notamment de personnes en situation de dépendance. D'autre part, la Guyane et Mayotte, bénéficiant de taux de fécondité élevés et d'une immigration importante, restent jusqu'à présent, relativement préservées des phénomènes de vieillissement.

Deux constats importants ont été discutés par les professionnels, notamment des gériatres. Il s'agit de la difficulté à dépister les comportements suicidaires du sujet âgé ainsi que la question de l'accessibilité au suicide pour ce public.

S'agissant du repérage des conduites suicidaires, les professionnels s'accordent sur le fait que la réalité des tentatives de suicide et des suicides chez les personnes âgées soit sous-évaluée. Ils expliquent cette situation par le syndrome de glissement, un concept qui est sujet à discussion au sein des professionnels de la gériatrie interrogés, où le patient laisse sa santé décliner progressivement, aboutissant à une mort planifiée par la personne âgée. Ces situations complexes peuvent conduire à des décès qui ne sont pas toujours catégorisés comme des tentatives de suicide ou des suicides. Une autre difficulté de repérage s'explique par la complexité de différencier clairement la volonté consciente d'un suicide d'un trouble du comportement. C'est notamment le cas pour la mélancolie qui est considérée comme un indicateur majeur et sévère de tendances suicidaires, mais ce dernier n'est pas toujours diagnostiqué. En Guadeloupe, les professionnels pointent du doigt l'absence de gérontopsychiatre sur le territoire.

Enfin, l'emploi du terme "suicide" s'associe généralement à une action active visant à mettre fin à la vie, alors que chez les personnes âgées, le suicide peut se manifester de manière passive, un aspect fréquemment négligé, selon les gériatres.

« Je suis souvent confrontée à des personnes qui refusent de se nourrir, qui se replient sur elles-mêmes. Est-ce que l'on peut aussi parler de TS ? » Guad2.

⁹ Rapport d'information sur le grand âge dans les outre-mer, Assemblée Nationale. N°2662. 2020

« Refuser de prendre ses traitements qu'est-ce que c'est ? se laisser mourir de faim qu'est-ce que c'est ? refuser son insuline quand on est diabétique, c'est quoi ? » Run8.

« ... il y en a quelques-uns qui passent à l'acte sans qu'on se rende compte tranquilles dans leur coin, tout seuls. Il faudrait avoir les chiffres de la police qui retrouve des gens morts dans leur domicile, on ne sait pas si c'est exceptionnel ou si ça arrive on va faire le certificat de décès en disant oui il est mort dans son ménage alors qu'on ne sait pas du tout ce qui s'est passé ; est-ce qu'il s'est tué, est-ce qu'il était dénutri ou est-ce qu'il a avalé des médicaments, je ne pense pas qu'on fasse des prélèvements gastriques à tous les séniors de 80 ans qui meurent chez eux tranquillement dans leur lit ... » Run5.

Concernant l'accès au moyen légal, certains professionnels estiment que le risque suicidaire chez les personnes âgées est souvent sous-estimé, en partie parce qu'elles peuvent être limitées dans leur accès aux moyens de passage à l'acte. Même dans des situations extrêmes, les personnes âgées peuvent ne pas avoir les moyens nécessaires ou l'environnement propice pour se suicider, en raison d'un manque d'accès à certains moyens ou de limitations physiques et cognitives. Les gériatres soulignent également que les aidants familiaux, confrontés à leur propre détresse émotionnelle, pourraient être dissuadés de se suicider par la préoccupation de laisser derrière eux un aîné vulnérable incapable de faire face à la situation sans leur soutien.

- Facteurs de risque

- **Dépression** : elle est souvent associée aux personnes âgées, en particulier celles qui sont porteuses de handicap. La composante dépressive est considérée comme une notion quasi-systématique dans cette population. Parfois les professionnels font face à des cas de dépression terminale et de mélancolie extrême et se retrouvent souvent démunis face à ces situations.
- **Isolement social et perte de proches** : la solitude et la perte de proches peuvent entraîner une profonde perte de sens et motiver le désir de se laisser mourir.
- **Conditions de vie précaires** : les difficultés quotidiennes, telles que la précarité, la consommation de substances, les violences, peuvent agir comme des facteurs de fragilité et de comorbidité.
- **Syndromes suicidaires chez les aidants** : les personnes ayant assumé le rôle d'aidants, développent une dépendance mutuelle, la transition vers une situation de dépendance plus intense peut s'avérer particulièrement difficile, entraînant des sentiments de détresse.
- **Changement d'habitation** : le déménagement peut déclencher des troubles dépressifs, des pathologies, et des douleurs chroniques, influençant l'état psychologique et émotionnel des personnes âgées.

- Facteurs protecteurs

- **La pratique de la prière**, assimilable à une forme de méditation, est reconnue pour apaiser les personnes âgées, représentant ainsi un facteur protecteur majeur. **La religion** joue également un rôle significatif en fournissant un soutien spirituel contribue à leur bien-être mental et émotionnel. Un autre élément protecteur réside dans **la présence d'animaux de compagnie**.

Les personnes en souffrance au travail

La souffrance au travail, souvent liée à des pressions professionnelles intenses, à des conflits relationnels ou à des conditions de travail difficiles, peut avoir des répercussions délétères sur la santé mentale des individus. Dans certains cas, cette détresse peut conduire à des conduites suicidaires.

En Guadeloupe, une augmentation des cas de salariés présentant des risques psychosociaux est rapportée par des professionnels de la médecine du travail. Les secteurs ayant subi des restructurations et des regroupements, font face à des conditions de travail difficiles. Les salariés, affectés par des changements organisationnels, expriment un sentiment de dévalorisation. Par ailleurs, des cas de harcèlement psychologique au travail ont été signalés, tout comme l'absence de solidarité entre collègues. Enfin, pour certains professionnels, un manque de formation et d'outil de prise en charge des salariés qui sont en situation de crise sont évoqués.

« Une salariée annonce un passage à l'acte si sa situation professionnelle ne s'améliore pas. Comment on peut considérer cela au niveau psychiatrique ?... il n'y a pas de TS, pas de geste suicidaire mais le salarié est perturbé » Guad6.

La souffrance au travail concerne également de façon spécifique les soignants et les forces de l'ordre, cette population a été discutée essentiellement par les professionnels réunionnais. Il s'agit plus précisément des :

- Professionnels de la santé et du secteur médical, exposés à des facteurs de stress et de fatigue émotionnelle liés à leur travail et ayant un accès direct au moyen légal ;
- Personnels du SMUR, particulièrement confrontés à des traumatismes et considérés à haut potentiel de stress ;
- Personnels de police et de gendarmerie, qui ont accès à des moyens létaux radicaux, et sont vulnérables en raison des traumatismes vécus dans l'exercice de leurs fonctions et de la stigmatisation sociale liée à leur métier ;
- Personnels intervenant en milieu pénitentiaire.

Pour ces professionnels, la crise sanitaire a également été un facteur aggravant de leur fragilité psychologique.

Détenus

La question du suicide parmi les détenus a peu été abordée, elle constitue un sujet complexe. Les conditions de détention, la surpopulation carcérale, les problématiques de santé mentale contribuent à une prévalence parfois plus élevée du suicide en milieu carcéral.

Dans ce contexte, les détenus sont confrontés à la problématique de l'enfermement et de la promiscuité, ils sont également marqués par des sentiments de remord et de culpabilité, notamment lorsqu'ils ont été à l'origine d'agressions ou d'actes répréhensibles. Selon les professionnels interrogés, leur vulnérabilité est particulièrement élevée notamment aux moments critiques de leur peine (début et sortie de peine).

« ..., il y a eu deux gardiens de prison qui se sont pendus dans la prison. Les détenus ont fait des tentatives de suicide, je n'ai pas comptabilisé... » Guad1.

« Choc de l'incarcération, dans les 15 jours après la mise en détention. Ce que l'on trouvait également chez les esclaves » Guad7.

Populations géographiquement isolées

Des constats évoqués essentiellement en Guyane. Les professionnels décrivent des situations qui touchent d'avantage les Amérindiens des communes et villages de l'intérieur de cette région qui est la plus vaste de France. Ce public est, selon les interviewés particulièrement confronté à l'absence de services administratifs, de transports en commun réguliers, d'accès aux services de communication (internet, téléphone, etc.), d'accès à l'eau, et toutes autres activités culturelles, sociales ou économiques.

« Curieusement, on constate que ce phénomène se produit plus chez les Amérindiens de l'intérieur que ceux du littoral. On devrait s'interroger car même au Surinam, on n'a pas ce phénomène-là » Guy3.

« La population amérindienne, les Wayana et les Téko sont aussi concernés par la problématique » Guy2.

Un autre constat concernant les amérindiens porte sur l'existence d'une forme de « contagion suicidaire » au sein de cette population notamment les Wayana, les professionnels décrivent des cas de suicide dans pratiquement toutes les familles.

« Quasiment toutes les familles amérindiennes ont des personnes qui se sont suicidées ... On constate chez les Wayana une TS et le lendemain, dans cette famille, une autre personne va faire une tentative de suicide et puis dans la foulée, deux ou trois autres personnes de la famille qui vont tenter de se suicider. » Guy1.

Minorités sexuelles

Les minorités sexuelles, englobant la communauté LGBT+, sont considérées comme un public à fort risque suicidaire. La stigmatisation, la discrimination, et le rejet social liés à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre peuvent exercer une pression importante sur la santé mentale de ces personnes. Les jeunes sont particulièrement concernés.

« Discussion avec Amalgam Humanis, la première ligne d'écoute c'était pour la communauté LGBT. La ligne a été ouverte ensuite pour les TS car c'est une population qui souffre. L'homosexualité est tabou » Guad1.

Les femmes victimes de violences, qui peuvent être vulnérables et avoir un risque plus élevé de passage à l'acte suicidaire.

« Cas de femmes qui vivent sur les camps d'orpaillage, assistent à des meurtres, se prostituent, vivent dans des conditions extrêmement difficiles et se présentent au CMP afin d'obtenir des quantités importantes d'anxiolytiques pour supporter leur sort, « si elles ne tiennent pas, et bien, c'est la mort » Guy2.

« Beaucoup de femmes viennent pour TS par rapport aux conjugopathies » May9.

Population migrante

La problématique du suicide chez les migrants révèle des enjeux complexes liés à l'expérience migratoire, aux difficultés d'adaptation culturelle, aux traumatismes notamment lors du trajet et aux conditions de vie souvent précaires associées à cette population. Les témoignages concernent principalement Mayotte et la Guyane.

« Une surreprésentation de la population migrante et en fait pour moi c'est une population qui est particulièrement exposée aux tentatives de suicide et aux suicides et qui passe dans les mailles du filet des mesures épidémiologiques. Donc c'est quelqu'un qui n'a pas de papier qui n'existe pas administrativement etc... quand il se suicide il n'y a personne qui va s'en préoccuper et qui va remonter les informations. Donc je pense qu'il y a une énorme sous-estimation de cette population, pourquoi particulièrement à risque ? Parce que ce sont des gens qui arrivent dans une situation de précarité sociale extrême dans le sens où il n'y a pas d'étayage familial, il y a des gens qui ont dû quitter précipitamment leur pays et n'ont pas ce soutien ce lien social. » May10.

« Ma mère est de tel endroit, mais pour moi, ma vie est en Guyane. Le meilleur avenir, c'est ici. Sauf qu'il y a des fois, il y a des adolescents qui vivaient bien là où ils étaient et arrivent ici et bien non, ce n'est pas le cas. Idéalisation, cassée ! » Guy.

D'autres publics ont été abordés dans une moindre mesure en lien avec leur vulnérabilité au suicide dont :

- Les personnes endeuillées à la suite de la perte d'un proche par suicide.
- Les agriculteurs isolés en raison de leur travail qui souffrent de solitude et de manque de reconnaissance

« Il y a un réel problème chez les agriculteurs, là aussi parce que ce sont des gens qui bossent beaucoup, qui ont d'énormes difficultés ; ... C'est aussi la pression financière... et comme pour les policiers sûrement aussi l'image c'est-à-dire tout le monde associe le monde l'agriculture à des gens qui n'ont pas de connaissance, de culture, ... » Run1.

3. Facteurs de risque individuels

- Les violences et antécédents de violences intrafamiliales

Les violences intrafamiliales, qu'elles soient physiques, sexuelles ou émotionnelles, représentent un facteur de risque fréquemment exprimé dans l'ensemble des départements et régions d'outre-mer. Ces formes de violence sont à l'origine de conséquences délétères sur la santé mentale des victimes, augmentant ainsi le risque de pensées suicidaires et de passages à l'acte.

Les principales formes de violence évoquées par les professionnels sont celles des violences conjugales, qui affectent principalement les femmes, ainsi que la maltraitance subie pendant l'enfance.

Des retentissements sont par ailleurs observés sur la santé psychique, qu'il s'agisse de violences conjugales ou de maltraitance vécues dans l'enfance, les victimes sont plus susceptibles de vivre un épisode dépressif majeur et de faire des tentatives de suicide par rapport à celles qui ne subissent pas ces violences.

Ces constats sont rapportés dans l'ensemble des départements et régions d'outre-mer. À La Réunion, la thématique des violences familiales est considérée comme une spécificité régionale tant leur prévalence est élevée et se retrouve à la croisée de beaucoup d'autres problématiques (consommation de substances, comportements suicidaires, prises de risques sexuelles, etc.).

« ... moi s'il y a une particularité c'est celle-là, violences au sens large, c'est le problème des violences, c'est une des particularités à La Réunion » Run1.

« ...Pour les adultes, sur le CMP de Maripasoula, il existe des violences intrafamiliales de tout genre et lorsque parfois les acteurs sont confrontés à leur acte, et bien effectivement, en général, ces personnes-là, c'est souvent des passages à l'acte aboutis. » Guy2.

Les violences intrafamiliales, les agressions sexuelles et les maltraitances sont fréquemment évoquées comme des expériences traumatisantes susceptibles de déclencher des comportements suicidaires, en particulier à Mayotte et aux Antilles. Lors de maladie chronique, l'arrêt de traitement médicaux, synonyme d'une « mort lente » est aussi considéré comme un comportement à risque suicidaire.

« ...Des personnes qui se mettent en danger en vivant avec des personnes qui ont une emprise sur elles, qui commettent des violences conjugales (certaines femmes disent en parlant du conjoint : « il aurait pu me tuer »). Il y a aussi la « mort lente », comme pour la femme qui ne prend pas ses médicaments alors qu'elle a une maladie chronique qui va la conduire à la mort... » Mart1.

Les violences vécues dans l'enfance et leur impact ont également été discutées. Les témoignages convergent sur l'ampleur de ces violences qui en fait une spécificité ultramarine comparativement à la France hexagonale. Certains témoignages décrivent des cas récurrents d'enfants orphelins de père ou de mère, parfois les enfants ont été témoins de scènes de violences particulièrement choquantes (cas de féminicides), causant des psycho traumatismes avec des retentissements à plus ou moins long terme.

« ...je pense que des violences, des violences très tôt posées dans la vie des enfants ...entraînent ce genre de conduites. Je m'explique un peu plus, on sait qu'aujourd'hui plus de 80 % de ceux qui ont subi des agressions sexuelles vont exprimer des symptômes toute leur vie... » May3.

S'agissant de la récurrence de ces violences, des psychiatres évoquent la présence de traumatismes transgénérationnels, Ils suggèrent que les violences ont un impact sur la génération actuelle ainsi que potentiellement sur les générations futures, et soulignent le besoin de mettre en œuvre des recherches approfondies dans le domaine de l'épigénétique.

« ... des jeunes qui ont été maltraités dans l'enfance. Je pense que ça laisse des traces, surtout culturellement à La Réunion il y avait des punitions corporelles traditionnelles entre guillemets avec des chocs très violents...Aujourd'hui on a des gens, entre ceux qui sont dans la reproduction ils n'ont connu que ça et ceux qui ont tellement souffert qui font qu'ils hésitent à tout prix, en tout cas il y a un instinct... » Run1.

Encadré. L'enquête « Violences et rapports de genre dans les Outre-mer » (Virage)

L'enquête Virage réalisée par l'Ined en 2018, mesure les violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles subies par les femmes et les hommes. Elle examine les violences dans les sphères conjugale, professionnelle et publique sur les douze derniers mois, ainsi que celles vécues tout au long de la vie, y compris au sein de la famille et de l'entourage proche. Elle comporte une enquête rétrospective qui fournit des informations sur les violences subies pendant l'enfance et l'adolescence.

- **Une vulnérabilité psychique**

Les troubles mentaux constituent des facteurs de risque majeur dans la survenue de conduites suicidaires. Des données issues de l'autopsie psychologique révèlent que plus de 90 % des personnes qui ont recours à des gestes suicidaires sont affectées par des troubles psychiatriques, la dépression étant particulièrement prédominante¹⁰.

Au cours des entretiens, plusieurs aspects ont été évoqués concernant le lien entre les troubles mentaux et le risque suicidaire, mettant en évidence la complexité de ce lien et la nature souvent multifactorielle des passages à l'acte. En dehors de la dépression, un large faisceau de troubles mentaux ont été évoqués. Parmi ceux-ci, les troubles anxieux sont également soulignés, tout comme les troubles bipolaires et la schizophrénie. De plus, les psycho traumatismes et les troubles de la personnalité sont mentionnés comme des éléments particulièrement impactant sur la vulnérabilité psychologique.

« ...Avec le stress de la société de plus en plus de gens vont avoir des troubles psychiques. Ce n'est pas quelque chose que l'on peut laisser de côté car il y en aura de plus en plus... » Guad6.

Cette vulnérabilité est par ailleurs accentuée par d'autres facteurs de risque, notamment la consommation de substances psychoactives. Sur ce point, la question de savoir si la consommation de substances constitue une cause ou une conséquence en lien avec la survenue de troubles mentaux n'est pas tranchée.

Aux Antilles, les secrets de famille sont mentionnés comme des éléments qui peuvent aggraver les troubles psychiatriques et augmenter le risque suicidaire. Ces secrets, souvent liés à des événements traumatisants non révélés, peuvent exercer une pression émotionnelle importante sur les personnes concernées. Par ailleurs, le poids des secrets familiaux peut agir comme un obstacle à la recherche

¹⁰ Gabrielle Stoven, Jonathan Lachal, Erick Gokalsing, Lucie Baux, Louis Jehel, *et al.*. Acceptabilité du dépistage systématique des adolescents suicidants aux urgences. *Soins Psychiatrie*, 2018, 39 (316), pp.27-29. (10.1016/j.spsy.2018.03.006). (hal-02020612)

d'aide ou à la reconnaissance des symptômes de troubles psychiatriques, contribuant à une prise en charge peu ou pas adaptée des troubles.

Enfin, la présence d'antécédents de comportements suicidaires constitue un facteur particulièrement aggravant des risques chez les personnes concernées. Les professionnels soulignent que les familles ayant déjà été confrontées à un suicide sont plus susceptibles d'être touchées à nouveau par de tels événements, suggérant une possible fragilité héréditaire. De même, les antécédents de troubles mentaux dans la famille peuvent aggraver les risques de passage à l'acte suicidaire. Des constats que l'on retrouve en Guadeloupe et de façon plus spécifique en Guyane, notamment chez les populations amérindiennes au sein desquelles beaucoup de familles seraient touchées.

« ...Je ne sais pas si vous avez remarqué, il y a une lignée. Toute une famille qui se suicide, qui tue les gens...je suis assez surprise de ça, ici... Ce que j'ai entendu ici, c'est qu'on disait souvent, c'est normal, c'est dans la famille. Il y a des familles à ça. Voici là ce que j'ai entendu ici... » Guad2.

« ...Chez l'adolescent suicidaire, le passage à l'acte souvent très proche du décès de la grand-mère maternelle, figure attachante, affective, disponible... » Guad7.

- **Des comportements à risque**

Les comportements à risque, tels que la consommation excessive d'alcool ou les comportements sexuels à risque, ont été abordés lors des entretiens avec les personnes ressources. Ces comportements sont souvent associés à des périodes de vulnérabilité ou de détresse psychologique, pouvant agir comme des déclencheurs ou des facteurs de risque supplémentaires. Ces constats varient selon le territoire considéré.

Ainsi, concernant la consommation d'alcool ou de drogues en lien avec les passages à l'acte suicidaire, elle est souvent décrite comme un facteur précipitant du recours au suicide, un constat que l'on retrouve particulièrement en Guyane et à Mayotte et qui concerne surtout un public jeune.

« ...On a eu le cas d'un jeune garçon de 17 ans qui s'est suicidé par arme à feu en 2019. A la suite d'un refus de ses parents de lui prêter la pirogue parce qu'il avait bu. Il s'est suicidé sur la plage... » Guy1.

À La Réunion, l'alcoolisation concernerait davantage les hommes adultes en situation de précarité socioéconomique. La consommation d'alcool chez les jeunes est quant à elle rapportée dans les cas de *coming-out*, qui, selon les professionnels, sont souvent accompagnés d'épisodes d'alcoolisation aiguë.

4. Facteurs de risque sociaux

- **Impact de la crise sanitaire**

La pandémie de Covid-19 et son impact sur la santé mentale ont été unanimement confirmés lors des entretiens avec les participants. Selon eux, la crise sanitaire a considérablement détérioré la santé

mentale de la population. Les principaux effets identifiés et discutés sont associés aux éléments suivants :

Augmentation des troubles mentaux et du mal-être

Selon les professionnels, la crise sanitaire a exacerbé des problèmes déjà existants. Ils font état d'une augmentation des troubles mentaux, particulièrement le nombre d'interventions pour épisodes aigus et comportement à haut risque souvent liés au stress, à l'anxiété, et à la dépression.

Isolement social et solitude

Les mesures de distanciation sociale ont entraîné un sentiment généralisé d'isolement et de solitude, en particulier chez les personnes âgées et les jeunes, qui ont été privés de leurs repères sociaux habituels. Le confinement prolongé a renforcé ce sentiment d'isolement, conduisant à des conséquences délétères sur la santé mentale, notamment chez les personnes vulnérables. Ainsi, les jeunes, en particulier, ont été confrontés aux décrochages scolaires et à des comportements à risque. Les personnes âgées ont vu leur santé à la fois physique et psychique se détériorer aggravant leur niveau de dépendance, beaucoup se sont retrouvées en structures pour personnes âgées dépendantes. Celles qui étaient déjà prises en charge en EHPAD ont été particulièrement touchées par l'isolement et la solitude en raison de l'absence de visites des aidants.

En Guyane, pour certains professionnels la période de confinement n'aurait pas eu d'impact particulier sur le sentiment d'isolement, considérant que certains villages étaient déjà enclavés bien avant la crise sanitaire.

Violences en lien avec le huis clos familial

La promiscuité familiale pendant le confinement a exacerbé les tensions et les conflits parfois déjà existant au sein des foyers, entraînant une augmentation des violences intrafamiliales et des situations de mal-être chez les enfants et les adolescents.

« ...ohh oui ! Clairement ici c'est une vraie réalité, femmes battues, enfants abusés, c'est encore plus important". "C'est quand on discute avec les familles que l'on sent que cela a été décuplé". "Il y a des enfants agresseurs sexuellement de leurs petits frères et sœurs, également des gamins victimes d'adultes". "Le fait de moins aller à l'école, d'être enfermé, il y a des familles qui ont ce terreau, ces problématiques de la violence conjugale, incestes". » Guad3.

Difficultés d'accès aux soins de santé mentale

La fermeture des centres de santé et des services pendant la crise a entravé l'accès aux soins de santé mentale, aggravant ainsi la détresse psychologique de la population.

Impact sur l'éducation et le milieu scolaire

La crise sanitaire a engendré d'importants bouleversements dans le domaine de l'éducation, affectant la santé mentale des élèves. Les retours d'expérience évoquent des changements dans la relation à l'école, qui se sont traduits par des décrochages scolaires, de fortes inquiétudes liées aux examens et aux orientations scolaires.

Répercussions sociales et économiques

La pandémie a révélé et accentué les inégalités sociales et économiques, les populations déjà précaires ont été encore plus durement touchées par les conséquences sociales de la crise sanitaire.



Les difficultés financières et l'incertitude économique ont contribué au stress et à l'anxiété, augmentant ainsi les risques pour la santé mentale.

« ...on ne va pas mourir de Covid mais on va mourir de faim... » May1.

« ...Comme il y avait une interdiction de circuler, toute l'économie informelle s'est arrêtée... Il y a donc des quartiers entiers, qui vivent de l'économie informelle et qui ont vraiment littéralement basculé dans la faim. Et donc, à l'époque, à la Croix-Rouge, on faisait de la distribution de produits alimentaires » Guy4.

Parfois la précarité financière s'est accompagnée d'un recours plus important à l'usage d'alcool.

« ...des chefs d'entreprise surtout dans le cadre de la crise sanitaire hein qui se sont retrouvés du jour au lendemain sans pouvoir travailler et payer leurs charges, nourrir leurs familles, ok et augmenter leur consommation... leur consommation d'alcool... » Mart1.

« ...Le fait de rester à la maison avec les enfants, beaucoup se sont mis à boire et à fumer... » Guad7.

Seuls certains interlocuteurs de Guadeloupe ont évoqué les conséquences de la crise sanitaire sur les soignants non vaccinés et suspendus. Les témoignages décrivent un climat de désespoir. Les soignants ont été confrontés à une détresse intense en lien avec l'incertitude de leur avenir professionnel. Cette situation précaire a eu des répercussions sur leur entourage familial, particulièrement lorsque les deux parents étaient concernés.

« ...Enormément de suspendus qui chaque matin se demandent s'ils sont bon pour acheter une corde ». « L'environnement des personnes suspendues subit le traumatisme autant que les personnes suspendues ... » Guad1.

À La Réunion, les pédopsychiatres ont observé une « flambée » des demandes de transition identitaire en particulier chez les adolescents, et plus spécifiquement chez les filles. Ce constat est mis en lien avec un accès et un recours massif aux réseaux sociaux pendant le confinement. Ces médias offriraient un accès plus large à l'information et favoriseraient une meilleure compréhension et exploration de leur identité de genre.

- **Couverture médiatique**

La façon dont les médias couvrent le suicide peut influencer le nombre de suicides, phénomène connu sous le nom « d'effet Werther ». Ce phénomène dépend notamment de la façon dont les médias abordent le sujet, que ce soit en termes de fréquence (nombre d'émissions ou d'articles sur le suicide) ou de qualité (recherche de sensationnalisme, détails sur les méthodes utilisées), sachant qu'une exposition importante et sensationnelle dans les médias peut augmenter le risque de contagion chez les personnes vulnérables. Le pendant positif et préventif des médias est connu sous le nom « d'effet Papageno », selon cette théorie, le traitement journalistique du suicide peut, dans certains cas, contribuer à prévenir les passages à l'acte.

Un des premiers constats relayés par les professionnels interrogés porte sur les enjeux de communication qui entourent la problématique du suicide. Dans la plupart des cas, la communication n'est pas adaptée, elle est perçue comme souvent brutale et sensationnaliste. Ce constat est à mettre en lien avec le manque de formation des journalistes qui n'utilisent pas les termes appropriés ou qui peuvent parfois avoir un traitement peu responsable du sujet. En Guyane, particulièrement, les professionnels ont mentionné un traitement médiatique qui ne valorise pas les écarts de la Guyane, notamment très peu d'informations ou de reportage sur le Maroni ou l'Oyapock. Les populations concernées ne se reconnaissent pas dans le traitement médiatique et sont invisibilisées contribuant davantage à leur isolement. En revanche, les médias seraient le relais d'informations particulièrement stigmatisantes pour ces populations.

« ...Pourquoi ne pas embaucher quelqu'un à Camopi ou Maripasoula pour relayer des informations ? Si les médias se déplacent, c'est lors des élections. Le traitement des écarts de la Guyane reste limité... » Guy3.

« ...Il y a des jeunes qui ont pu s'exprimer et qui se plaignaient du fait que, le message véhiculé est que dès qu'on rencontre un Amérindien, il est soit alcoolique, soit qu'il ne va pas bien. Il va se suicider avec une corde... » Guy2.

En termes d'outils d'information, les réseaux sociaux sont particulièrement cités à la fois pour inciter à les utiliser dans le cadre de campagne de prévention pour toucher le public jeune par exemple mais également pour inciter à une vigilance accrue de ce type de médias. Les réseaux sociaux sont identifiés comme des vecteurs d'informations anxiogènes, et se font parfois le relais d'incitation au suicide.

L'effet Papageno : Papageno est un programme national intégré à la stratégie globale de prévention du suicide¹¹.

Ses objectifs :

- Prévenir la contagion suicidaire : Dite «de masse » liée à la diffusion de contenus à risque sur les supports tels que médias, réseaux sociaux, fictions... C'est le fameux « effet Werther ». Dite « localisée », à la suite de la survenue d'un suicide dans une institution (école, entreprise, hôpitaux, etc.)
- Promouvoir l'entraide et le recours aux soins
 - En se saisissant des opportunités qu'offrent les médias et les nouvelles technologies de l'information.
 - En ayant recours à la communication comme à un authentique outil de prévention.
 - En remplaçant les identifications à risque (identifications aux figures suicidaires) par des identifications protectrices (identification à des personnes qui ont traversé ou aidé à traverser une crise suicidaire).

¹¹ <https://papageno-suicide.com/>

- Accès aux moyens létaux

Comme sur l'ensemble des départements ultramarins, les intoxications médicamenteuses prédominent largement dans les modes de passage à l'acte suicidaire. Cependant, des spécificités régionales sont identifiées : à La Réunion les tentatives de suicide par précipitation (saut dans le vide) représentent une préoccupation importante chez les professionnels, les passages à l'acte sont aggravés par la présence de *hot-spots*. Les professionnels interrogés sur la question insistent sur l'importance d'aménager ces hotspots et de prévoir une prévention adaptée à cette spécificité.

« En Guyane l'ingestion de paraquat est une modalité de passage à l'acte parmi les plus préoccupantes selon les professionnels ». « ...il y avait un peu de paraquat, ça vient du Suriname, qui pour le coup est un mode léthal très utilisé au Suriname... »
Guy2.

À Mayotte, plusieurs professionnels ont évoqué un recours à l'immolation, un constat que l'on ne retrouve pas dans les témoignages des autres territoires ultramarins.

III. REPRÉSENTATIONS ET FACTEURS CULTURELS

Dans les territoires d'outre-mer, la diversité culturelle et les multiples communautés religieuses participent à la diversité des perceptions et des représentations liées au suicide. La compréhension de ces dimensions culturelles et religieuses constitue un enjeu dans la conception de stratégies de prévention en favorisant notamment la mise en place d'interventions respectueuses et adaptées à la diversité des populations.

1. Représentations autour de la santé mentale et du suicide

- **Le tabou du suicide**

Le tabou entourant le suicide est une caractéristique commune aux différentes régions concernées, avec des variations liées aux spécificités culturelles et religieuses de chaque territoire, en lien avec :

L'interdit religieux

La plupart des professionnels interrogés ont noté un constat qui n'est pas propre aux régions d'outre-mer, à savoir que le suicide est fermement prohibé et vu comme un péché. Cette croyance religieuse constitue un obstacle important pour aborder le sujet du suicide, car il peut être perçu comme un affront à la volonté de Dieu. De ce point de vue, l'interdit religieux constitue également un facteur protecteur contre le suicide.

« ...on entend ici à l'école coranique si tu te suicides, tu vas en enfer... » May1.

« ...les gens disent je ne peux pas me suicider sinon je n'irai pas au paradis...c'est interdit... » May6.

La peur du jugement

Le tabou entourant le suicide et la santé mentale est profondément enraciné dans les territoires étudiés, avec de fortes réticences à aborder ouvertement ces questions. Ce silence est alimenté par la peur du jugement social et la crainte du "qu'en dira-t-on" qui est particulièrement présent compte tenu de la nature insulaire de ces territoires où tout le monde se connaît.

« ...Tout se sait. Cela n'aiderait pas celui qui voudrait s'ouvrir à ses difficultés car pas assuré que cela n'arrive pas le lendemain aux oreilles de son employeur, en France vous êtes un anonyme... » Guad8.

« ...la répercussion et l'image sociale c'est quelque chose de vraiment impressionnant... » May2.

Aux Antilles, les professionnels décrivent une sorte de « pudeur de la société antillaise », une pudeur qui ne permet pas de s'exprimer ou de verbaliser les problématiques suicidaires, une tendance que l'on retrouve y compris chez les professionnels du soin. Un constat préoccupant dans la mesure où



cela peut dissuader les personnes de partager leurs problèmes de santé mentale avec leurs proches ou de rechercher un soutien extérieur.

« ...On a un biais attribué à la pudeur, à l'éducation, au fait que l'on ait un rapport particulier dans les vies de famille". Nous aussi les soignants on ne parle pas de suicide, de formation personnelle. On a également un côté pudique sur la question... » Guad2.

« ...Même chez certains professionnels on a l'impression qu'il ne faut pas trop en parler parce que cela pourrait donner des idées... » Guad1.

Le tabou du suicide varie également selon les générations. Les jeunes générations, plus exposées à l'information grâce aux réseaux sociaux et à Internet, tendent à aborder davantage le sujet.

« ...Ce qui a changé c'est que maintenant avec Internet les jeunes sont beaucoup plus au courant des problématiques par rapport au suicide. Les jeunes anticipent sur les problématiques... » Guad7.

La crainte d'être jugé par les autres pousse fréquemment les familles à dissimuler les véritables causes du décès, optant plutôt pour l'évocation d'un accident. Le fait de taire un acte suicidaire est souvent motivé par une volonté de protéger l'honneur familial et de préserver l'image du défunt, mais elle peut également être motivée par la stigmatisation sociale associée au suicide.

- **La stigmatisation de la pathologie mentale**

Stigmatisation de la maladie mentale

Les entretiens ont révélé une représentation de la maladie mentale encore fortement stigmatisée à la notion de "folie". Cette représentation entraîne souvent un sentiment de honte et de culpabilité chez les personnes concernées, rendant l'accès à une aide ou à des soins difficiles. Certains parents, par exemple, refusent l'hospitalisation de leur enfant en pédopsychiatrie car ils associent la psychiatrie à la folie, une méfiance également observée chez certains adultes.

« ...quand on a parlé de suivi psychologique la première chose qui est ressorti c'est : c'est pour les fous... » May1.

De même, certaines pathologies mentales encore très stigmatisées comme les troubles dépressifs par exemple, poussent les personnes concernées à cacher leurs symptômes et à ne pas chercher de soutien.

Le suicide : au-delà des causes psychologiques

Les entretiens révèlent une tendance à associer le suicide à des causes extérieures à la pathologie mentale. C'est-à-dire que lors d'un passage à l'acte, l'entourage du suicidé ou du suicidant va davantage se concentrer sur la recherche de causes directes en lien avec le passage à l'acte (déception amoureuse, consommation de substance, etc.). La souffrance psychique de la personne est quant à elle souvent mise au second plan.

Cette perception déplace la responsabilité de l'individu vers des éléments extérieurs, ce qui peut conduire à une minimisation de la souffrance associée au suicide et à une sous-estimation de l'importance de la pathologie mentale dans le passage à l'acte suicidaire.

« ... Où il est un peu tabou finalement la recherche de la cause qui a effacé le phénomène lui-même c'est-à-dire OK on voit qu'il y a une TS mais finalement ce n'est pas le problème, la TS ce sont les fréquentations, les écrans, le zamal ; docteur il faut faire en sorte qu'il arrête de fumer du zamal c'est n'importe quoi. En fait on parle du zamal mais finalement les conduites suicidaires, la souffrance qui est liée c'est quelque chose qui est mis un peu en second plan, évacué dans finalement un peu plus l'idée uniquement centrée sur ce qu'on attribue comme la cause de ce phénomène... » Run2.

Un constat que l'on retrouve sous un autre aspect au sein de la communauté musulmane (à La Réunion ou à Mayotte), ou le recours à des explications centrées sur la folie, un mauvais sort, le destin (volonté de Dieu) déplace la responsabilité du suicide vers d'autres causes, allégeant ainsi le sentiment de culpabilité pour la famille et les proches. Ce déplacement de responsabilité permettrait souvent une forme d'acceptation et d'apaisement pour l'entourage.

« ...souvent les gens disent ah il était malade, Il était atteint de folie par un djinn. Il était frappé par un mauvais sort. Il était habité par une entité. Au final, on dit ah ce n'était pas sa faute. Donc quelque part qu'il soit habité par une entité ou qu'on lui fait du mal c'était également la volonté de Dieu. Donc d'un coup cet acte suicidaire devient également une volonté divine. Et là quelque part ça apaise et ça permet de mettre en place un processus de résilience au niveau traumatique pour la famille en deuil en tout cas... » Run4.

2. Aspects communautaires et religieux

- Le poids du magico-religieux

Le poids du magico-religieux dans l'explication des gestes suicidaires est très présent dans les départements et régions d'outre-mer. Les comportements suicidaires sont souvent interprétés à travers un prisme spirituel et culturel, où les troubles psychiques sont attribués à des forces surnaturelles ou parfois à des malédictions familiales.

« ...La folie, les problèmes de santé mentale sont beaucoup expliqués par le magico-religieux, les parents disent « on lui a fait du mal... » Mart1.

« ...yo fé mwen mal... » Traduction « On m'a jeté un mauvais sort » Guad7.

Les professionnels de santé de Mayotte et de la Guyane sont les principaux contributeurs au sujet des représentations magico-religieuses des suicides. La Martinique y fait référence dans une moindre mesure. En Guadeloupe, la dimension magico-religieuse dans les circonstances de la conduite suicidaire est bien présente mais elle est, selon les acteurs interrogés, de plus en plus rare. À La Réunion, les retours des professionnels évoquent souvent des patients issus de Mayotte et des Comores qui ont un rapport spécifique à la mort et à la gestion de la question du suicide.

À Mayotte, les conduites suicidaires sont fréquemment expliquées par la croyance en la possession par des esprits, à la sorcellerie ou parfois le mauvais œil. Les esprits appelés « djins » à Mayotte sont des entités qui peuvent prendre possession du corps et de l'esprit d'un être humain, et ils sont perçus comme pouvant être bénéfiques ou maléfiques. Ainsi, lorsqu'une personne manifeste des troubles mentaux à Mayotte, il est courant de les attribuer à l'intervention des djins.

« ...Après moi ce qu'il m'est arrivé par exemple mais sur des tentatives de suicide, je ne sais pas si ça pourrait être nommé comme ça sur les suicides par exemple qui ne peuvent pas passer pour autre chose. Par exemple une pendaison, il est difficile que ça passe pour autre chose que pour un suicide, bah moi il m'est arrivé que pour les tentatives de pendaison on le nomme pour le coup à des esprits ! Je me souviens il y a longtemps aux urgences c'est assez incroyable, un monsieur qui avait sauté d'un arbre très très haut et il avait fait il y a longtemps pleins de...ce que je pourrais nommer des tentatives de suicide comme ça ! Et la famille expliquait je pense que c'était une conviction que c'était les djins qui lui faisaient faire des choses ... » May1.

En Guyane, des récits révèlent une dimension mystique entourant le suicide, où les individus semblent se détacher de leur propre action et agir comme s'ils n'étaient pas les auteurs de leurs actes

« ...J'allais rejoindre ma sœur, je ne voulais pas mourir, ce n'était pas moi... » Guy1.

- **Recours à la médecine traditionnelle /au culte religieux**

Selon les professionnels interviewés, le recours à une prise en charge traditionnelle dans les cas de comportements suicidaires est très répandu en outre-mer mais de façon différenciée selon le territoire. Dans certaines régions le recours se fait auprès des référents culturels et religieux qui jouent dans l'ensemble un rôle important dans la recherche de soutien et de guérison.

Selon les professionnels, les familles ont souvent recours à la médecine traditionnelle, soit en complément de la médecine occidentale, soit comme première ligne de traitement. Le choix du recours à la médecine traditionnelle dépend du contexte socioculturel de chaque territoire.

À La Réunion, plusieurs communautés coexistent avec pour chacune d'entre elles des référents religieux auxquels font appel les personnes en situation de vulnérabilité, dont des personnes ayant des problématiques suicidaires. Les professionnels interrogés font état d'un certain équilibre entre soins médicaux et soins traditionnels.

« ... À La Réunion, ça concilie, il y a un syncrétisme. Alors on va à la chapelle, on va au temple mais va quand même prendre les médicaments et on va observer. Voilà, on concilie » Run6.

Cela étant, certains témoignages rapportent des difficultés de prise en charge des personnes suicidaires lorsque le recours au culte est exclusif sans prise en charge médicale en parallèle. Selon des infirmières interrogées, cela peut entraîner une absence de prise en charge globale et constituer un obstacle important à l'intervention psychiatrique.

« ... Souvent on passe par le médecin traitant et malheureusement, une fois sur deux, l'issue c'est que on voit bien que l'enfant est en souffrance, les parents vont nous dire oui, et après nous dire finalement on a réglé le problème... Souvent ils vont aller piocher du côté des croyances plutôt que du côté psy... » Run7.

Afin de proposer une prise en charge globale aux personnes en mal être psychologique, les professionnels recommandent de faciliter l'accès aux référents religieux (prêtres, aumôniers, etc.) à des informations et des ressources sur les soins en santé mentale. Cela leur permettrait d'identifier les personnes ayant besoin d'une aide médicale et de les orienter vers les services appropriés. En créant une porte d'entrée pour le soin, les prêtres pourraient jouer un rôle important dans le soutien et la prise en charge des personnes en détresse psychologique au sein de leur communauté.

La Guyane et Mayotte, partagent le même constat, en lien notamment avec le manque d'offre de soins et certaines caractéristiques spécifiques à chacun des territoires qui amènent les populations à consulter de façon très prononcée des tradipraticiens.

À Mayotte, le recours à un tradipraticien est perçu comme moins stigmatisant qu'une consultation médicale. Ainsi, ceux qu'on appelle les « fundi wa madjini », c'est-à-dire les « guérisseurs de Djinn » sont très sollicités notamment pendant les périodes de crise, telles que les troubles psychotiques. Les gens ont tendance à recourir aux tradipraticiens parce qu'ils sont familiers avec leurs pratiques et qu'ils se sentent compris et en confiance.

En Guyane, les habitants ont recours à différentes formes de guérisseurs traditionnels, avec d'un côté les tradipraticiens (les chamans, les obiamans, les piayes, gran man) et de l'autre les prêtres et les pasteurs, en complément ou en alternative aux traitements conventionnels. Les croyances religieuses et spirituelles ont un rôle important dans les choix de prise en charge, avec un fort recours à la prière face à la maladie, y compris la maladie mentale.

Aux Antilles, on observe une coexistence des approches traditionnelle et conventionnelle en matière de santé mentale. En Martinique, le recours au "quimboiseur" est parfois privilégié en première intention, tandis que dans d'autres cas, il intervient lorsque les solutions médicales conventionnelles se sont avérées insatisfaisantes pour les familles.

*«... Ils cherchent l'appui de l'église, du quimboiseur mais pas celui du psychiatre ...»
Mart1.*

« ...quand elles ont vu qu'elles ont, elles ont utilisé toutes les ressources sanitaires, académiques et que le problème était toujours là et ben on les envoie voir monsieur le quimboiseur... » Mart2.

En Guadeloupe, on note un plus faible recours aux pratiques traditionnelles et religieuses dans le contexte du suicide. Les témoignages révèlent une tendance peu marquée à recourir aux pratiques traditionnelles et religieuses pour traiter les conduites suicidaires. Les "gadè-zafè" ne sont pas souvent sollicités, ils sont considérés comme peu efficaces pour faire face aux problématiques suicidaires. Bien que le généraliste soit plus souvent sollicité que le quimboiseur, les professionnels interrogés indiquent s'adapter aux croyances des personnes en souffrance psychique prises en charge.

« ...On peut dire qu'on lui a fait du mal mais avec la modernité les gade zafe ne savent pas traiter le suicide, la souffrance, la désespérance... » Guad1.

« ...D'abord le généraliste, on ne va pas tellement voir le gadé zafé... » Guad7.

Complémentarité des approches

Les professionnels interrogés constatent l'existence d'une volonté de travailler en complémentarité entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle. Les professionnels de la santé reconnaissent l'importance de prendre en compte la culture et les croyances des patients dans le choix des traitements. Ils estiment que les deux formes de médecine peuvent être compatibles et utilisées de manière régulière, chaque approche apportant ses propres avantages dans le processus de guérison.

« ...J'oriente mon discours par rapport aux croyances de la personne qui est en face. Si je vois que c'est une famille très croyante, je vais lui parler de ressources spirituelles, si c'est une famille où on a jeté le mauvais œil, je vais utiliser ce langage-là. Quelle différence si ça fait que cela marche... » Guad6

À La Réunion, le recours à la consultation transculturelle

Selon certains professionnels interrogés, la complexité et les spécificités de la prise en charge des personnes de la communauté Mahoraise et Comorienne à La Réunion, nécessitent une sensibilité particulière aux différences culturelles et aux représentations de la santé et de la souffrance psychique propres à ces communautés.

En termes de prise en charge, le recours à la consultation transculturelle du CHU a été fréquemment abordée pour améliorer l'accompagnement des personnes concernées. Ces consultations sont une approche de la santé mentale qui vise à comprendre et à prendre en compte les différences culturelles dans la prestation de soins de santé mentale. Cela inclut la compréhension de la manière dont les différences culturelles peuvent influencer les comportements, les attitudes et les croyances en matière de santé mentale, y compris les conduites suicidaires.

Selon un professionnel du dispositif, il existe plusieurs consultations à La Réunion que l'on retrouve dans le sud, l'ouest et le nord. La clinique transculturelle est toujours sollicitée en seconde intention, lorsque la biomédecine atteint ses limites, lorsqu'elle ne parvient pas à comprendre, lorsque le discours ne passe pas. Dans ces cas-là, le médecin oriente vers une consultation avec une lettre de recommandation, et parfois en étant physiquement présent lors de la consultation. Ces rencontres se déroulent souvent en groupe, parfois avec une vingtaine de participants disposés en cercle pour renforcer le sentiment d'être sur un pied d'égalité. Les discussions et les réflexions sont collectives et on lie à voix haute. Selon le professionnel interrogé, c'est quelque chose qui n'arrive jamais dans le cadre de la biomédecine. En résumé, la consultation transculturelle permet de faire des ponts entre les deux mondes culturel et médical dans le but de mieux accompagner les personnes en difficultés psychologiques.

« ... A quoi servent ces dispositifs en cas de suicide ? S'il y a des conduites suicidaires qui sont menées c'est simplement écouter à travers une représentation qui n'est pas celle de la biomédecine sans juger tout en acceptant ce qui se dit, mais sans forcément y adhérer. Parce qu'on n'est pas là pour adhérer, on est là pour écouter... J'écoute ce qu'on me dit et on essaye ensemble de réfléchir, de raisonner pour trouver une solution pour apaiser les choses, pour soigner à partir au final de façon unique à

partir de ce que me disent les patients qui sont en face de moi sans juger sans dire attention madame ce que vous me dites là ça m'apporte quoi Madame ? Si votre fils s'est suicidé, ce n'est pas parce qu'un djinn l'a attaqué. Si la dame en face elle croit que c'est un djinn, j'ai envie de dire comment faire pour pouvoir mettre de côté ce djinn et pour que ce djinn laisse tranquille la famille et qu'on puisse être enfin apaisé. Il y a des choses à faire dans le monde de leur culture. Mais il y a des choses à faire dans la biomédecine. C'est un endroit où, au final, on est main dans la main où on progresse ensemble où on se dit ils croient dur comme fer que c'est leur culture. On va les laisser faire dans leur culture et en croyant, en tout cas en adhérant symboliquement à ce qu'il pense on va les ramener vers nous. Donc on a que le complémentarisme de demain. » Run7.

• Spécificités dans les territoires

Des spécificités en lien avec les caractéristiques culturelles et sociales ont été identifiées, et donnent des éclairages supplémentaires sur la manière dont le suicide et les problèmes de santé mentale sont compris et traités.

Aux Antilles, le poids du passé colonial

Des constats communs à la Martinique et en Guadeloupe décrivent le poids de l'héritage colonial et post colonial comme une fragilité supplémentaire.

« ...si on considère que l'esclavage est une expérience traumatique, c'est le premier lit de la vulnérabilité". "On ne peut pas comprendre le suicide si on ne traite pas cette question. Vivre libre ou mourir, acte de courage... » Guad7

Pour les professionnels de Guadeloupe, il y aurait une « distorsion paradoxale » entre la souffrance psychologique présente dans la population, et le nombre de passages à l'acte. Ce phénomène pourrait être attribué à une capacité à résister aux chocs traumatiques, notamment ceux liés à l'histoire de l'esclavage.

« ...Nous sommes issus d'un peuple qui a peut-être eu à construire une résilience quant à l'installation des populations sur nos territoires (traite négrière) ... » Guad8

En Martinique, tout comme en Guadeloupe, l'impact de l'héritage colonial et des perturbations dans le tissu social et familial se fait ressentir, particulièrement chez les individus les plus fragiles. Les multiples épreuves récurrentes, en lien avec diverses difficultés (sociales, économiques, relationnelles, sanitaires), aggravent la vulnérabilité et favorisent l'émergence de comportements à risque. Dans le prolongement de ces constats, plusieurs professionnels témoignent du mal-être de jeunes martiniquais, accentué par des discriminations liées à la couleur de leur peau. Ces jeunes sont confrontés à des moqueries et à du harcèlement, aggravant ainsi leur détresse psychologique.

En Guyane, l'extrême vulnérabilité des populations amérindiennes

Un des éléments fréquemment observés dans les témoignages des professionnels concerne la vulnérabilité des peuples amérindiens, en particulier des jeunes, qui sont souvent sujets à des passages à l'acte impulsifs et violents. Il existe un sentiment de normalisation de ces actes suicidaires, confirmé par les taux de suicide élevés au sein de ces populations. Cette impulsivité lors des passages à l'acte,

souvent exacerbée par des problèmes d'usage problématique d'alcool ou des conflits familiaux, rend particulièrement difficile la détection et la prévention des suicides.

*« ...chez les Amérindiens se donner la mort, c'est une façon de changer de vie, il faut faire attention aux Amérindiens parce qu'ils sont capables de se donner la mort... »
Guy1.*

*« Alors j'ai une jeune, elle avait douze ans, onze ans. Une enfant, à maturité d'enfant, qui disait "Moi, je veux me suicider parce que je ne vais pas aux palmistes [place des palmistes à Cayenne], parce que les autres y vont et je suis la seule qui n'y va pas". Ce n'est pas juste" »
Guy2.*

*« ...On a eu le cas d'un jeune garçon de 17 ans qui s'est suicidé par arme à feu en 2019. A la suite d'un refus de ses parents de lui prêter la pirogue parce qu'il avait bu. Il s'est suicidé sur la plage... »
Guy1.*

IV. ENVIRONNEMENT SANITAIRE

Cet axe décrit l'environnement sanitaire des départements et régions d'outre-mer (DROM) en explorant les dispositifs de prévention à l'œuvre et les acteurs impliqués dans la gestion des comportements suicidaires. L'offre de soins spécifique a également été abordée pour mettre en évidence les initiatives et les ressources disponibles pour aider les personnes concernées par les conduites suicidaires. L'objectif étant de fournir une vue d'ensemble des moyens disponibles pour la prise en charge, en mettant en perspective les besoins et les limites selon les territoires concernés.

1. Connaissance des dispositifs de prévention et des acteurs

- Fortes disparités des dispositifs de prévention du suicide

Les dispositifs de prévention du suicide sont présents dans les outre-mer, de façon plus moins développée. La plupart des dispositifs mentionnés par les acteurs interrogés font référence à des actions de prévention souvent tertiaires, le dispositif de postvention Vigilans est celui qui a été le plus cité.

Globalement, l'analyse des entretiens révèle un paysage de prévention du suicide plus développé à La Réunion avec une connaissance, même si elle n'est pas optimale, qui semble assez fine des dispositifs et des actions à l'œuvre. Ainsi, les principaux dispositifs évoqués avec les professionnels réunionnais faisaient référence à Vigilans, le 3114, Papageno, le dispositif « MonParcoursPsy », la consultation transculturelle, le dispositif ERIC (Éducation Nationale), etc. L'ensemble des dispositifs a été abordé en pointant les apports et les limites de chacun.

En Guadeloupe, les professionnels évoquent un manque de communication et de sensibilisation concernant les dispositifs existants, avec des politiques nationales souvent inadaptées à la réalité locale. Des témoignages rapportent par ailleurs, un moindre recours aux ressources disponibles, c'est notamment le cas pour la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) qui serait largement sous-utilisée, en particulier pour le public jeune. Les interlocuteurs expliquent le poids persistant du tabou du suicide auprès des professionnels qui sont réticents à mobiliser la CUMP pour ne pas stigmatiser les victimes.

« ...On ne voit pas ce dispositif [CUMP] au sein des établissements scolaires" "Beaucoup de jeunes sont harcelés et ils passent à la scarification et il n'y a pas de dispositif pour prendre en charge les jeunes... » Guad1.

« Je pense que c'est plus une sorte de retenue, qui dit déclenchement (du dispositif), dit stigmatisation" "Dès que le dispositif est déclenché, cela passe sur WhatsApp" » Guad9.

Néanmoins, des initiatives fonctionnent, notamment au sein du CHU de Pointe-à-Pitre, où un protocole de prise en charge des victimes de tentative de suicide a été mis en place pour assurer une réponse immédiate. Ce protocole semble efficace compte tenu du taux de prise en charge important observé.

En Martinique également, il y a peu de référence à des dispositifs de prévention des conduites suicidaires, ont été cités le dispositif mis en place par SOS Kriz, les points d'écoute pour les jeunes, l'association Tombolo en charge des premiers gestes de secours sur la prévention en santé mentale et



le 3114 essentiellement. Globalement, la plupart des personnes interrogées ont signalé un manque de connaissance et de visibilité des dispositifs de prévention destinés au grand public. Certains regrettent un partage d'informations trop morcelé et l'absence d'adaptation des ressources nationales à la population martiniquaise.

« ...Voilà, on se dit ça existe en France donc ça va fonctionner. Comme ils ont fait pour le 31 14 ils n'ont pas décliné tout de suite sur les territoires disant le 31 14 pour l'outre-mer il est à Montpellier, donc les gens vont appeler 31 14 sans savoir qu'ils vont tomber à Montpellier... » Mart1.

En Guyane, le paysage des dispositifs de prévention est varié. La coopération avec l'éducation nationale est évoquée, elle permet de réaliser des entretiens avec les jeunes directement dans les établissements scolaires. Des missions sont organisées dans les villages isolés pour favoriser la compréhension entre les habitants et les professionnels de la santé.

« Des missions de prévention ont été menées, dans les villages isolés particulièrement pour faciliter le dialogue et la compréhension entre les deux mondes, c'est à dire la communauté avec ses codes, sa tradition et la médecine moderne qui a aussi ses codes et sa pratique » Guy2.

Des programmes de prévention ciblée et psychoéducatrice sont également déployés, afin d'expliquer la maladie mentale et le processus de guérison pour renforcer l'adhésion des familles et le suivi thérapeutique. Enfin, des programmes spécifiques sont développés par l'ADER, notamment sur le haut-Maroni « promotion du bien-être, prévention du suicide et accès aux soins sur le haut-Maroni » et « Agir ensemble pour vivre mieux sur le haut-Maroni », avec une évaluation participative réalisée en collaboration avec les acteurs locaux. Cependant des manques et des difficultés subsistent, en lien avec :

- Les difficultés d'accès au réseau téléphonique pour les populations isolées et la nécessité de s'exprimer en français qui constituent des barrières supplémentaires à l'accès aux services de prévention ;
- L'inadaptation des méthodes de sensibilisation telles que les affichages et les spots radio qui ne touchent pas toute la population en raison des différences linguistiques ;
- La méconnaissance des réalités locales par certains acteurs et les défis liés aux déplacements dans l'axe routier aggravent la situation.

« des préventions de type affichage ou spots radio, qui ne touchent pas tout le monde. Il faut être soit locuteur, soit lecteur de la langue employée pour être touché » Guy5.

À Mayotte, même si des actions existent (équipe mobile, Vigilans, 3114, etc.) le constat est le même, les professionnels expriment un manque de prévention du suicide et une méconnaissance des dispositifs disponibles. De plus, comme pour les Antilles, les politiques de prévention ne sont pas jugées adaptées. Et la problématique du turnover élevé du personnel sur l'ensemble des territoires, affecte la continuité des actions et la stabilité des équipes de professionnels.

« ...Je pense qu'on encore a un gros travail à faire là-dessus, de part et d'autre tous les acteurs doivent s'y mettre, ne serait-ce pour informer la population, parce qu'aujourd'hui je pense que Mayotte ne peut pas rester à dire que c'est un sujet tabou alors qu'on peut en faisant des préventions éviter certaines choses, notamment chez les jeunes. Je pense qu'il y a encore beaucoup de travail à faire ! » May9.

Le dispositif de recontact Vigilans

Le dispositif Vigilans est une initiative de prévention de la réitération suicidaire qui cible les personnes ayant fait une tentative de suicide. Il offre une surveillance attentive pendant une période de 6 mois après la tentative, assurée par une équipe dédiée composée de médecins, de « vigilanceurs » et de personnel administratif. Cette surveillance se manifeste par des contacts réguliers avec les individus, que ce soit par téléphone, courrier ou cartes postales. De plus, les patients ont la possibilité de contacter directement l'équipe du dispositif Vigilans via un numéro qui leur est spécifiquement dédié. Les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient sont également informés de son entrée dans le dispositif et peuvent être contactés pendant la période de surveillance.

Le 3114, numéro national de prévention du suicide :

Mis en place à la suite des annonces des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en septembre 2021. Depuis le 1^{er} octobre 2021, cette ligne est accessible gratuitement 24h/24 et 7j/7, tant dans l'Hexagone qu'en Outre-mer.

Le 3114 a pour mission de répondre aux personnes en détresse psychique qui recherchent de l'aide. Il offre des services d'écoute, d'évaluation de la crise suicidaire, d'intervention d'urgence, d'orientation et de suivi en cas de crise. Ce numéro est également disponible pour les professionnels ayant besoin d'un avis spécialisé sur les situations de crise suicidaire, ainsi que pour toute personne préoccupée par le bien-être d'un proche.

Actuellement, le 3114 fonctionne avec 13 centres répondants situés dans des établissements de soin et à proximité des SAMU. À terme, il est prévu d'ouvrir 4 autres centres. Les répondants sont des infirmiers ou des psychologues spécialement formés à la gestion des crises suicidaires, et chaque centre est accompagné d'un médecin coordinateur.

- **Des leviers proposés**

Plusieurs points ont été identifiés pour améliorer la prévention du suicide :

Améliorer l'information et la communication : plusieurs intervenants ont souligné l'importance d'une communication plus efficace sur les dispositifs de prévention existants. Cela inclut la nécessité de mieux informer à la fois la population mais également les professionnels sur les ressources disponibles et les démarches à suivre en cas de conduites suicidaires.

Massifier la formation en matière de prévention du suicide, en veillant à ce que les professionnels de santé, les enseignants, les intervenants sociaux et autres acteurs clés soient correctement formés et informés. Une formation adéquate permettra une meilleure détection des signaux de détresse et une prise en charge appropriée. En raison du *turn over* important des acteurs de terrain, les professionnels soulignent un besoin de formations répétées.

Coordination et collaboration : une meilleure coordination entre les différents acteurs et les différents dispositifs impliqués dans la prévention du suicide est recommandée. Cela implique de clarifier les rôles et responsabilités de chacun, afin d'optimiser l'efficacité des interventions et des programmes de prévention.

Favoriser la complémentarité des acteurs en mettant en place des partenariats et des synergies entre les différents intervenants : les associations, les professionnels de santé, les institutions publiques et autres parties prenantes.

Adaptation culturelle : selon la plupart des professionnels, tenir compte des spécificités culturelles locales dans la conception des campagnes de prévention est un impératif. Les interventions doivent être adaptées à la culture et aux croyances de la population cible pour être efficaces.

Encourager l'entraide des jeunes, en favorisant la mise en place de dispositifs d'écoute et de soutien entre pairs. Les jeunes peuvent jouer un rôle crucial dans la prévention du suicide en se soutenant mutuellement et en créant des espaces de dialogue sécurisés.

- **Un travail collaboratif à développer**

Des collaborations en cours

Globalement, la plupart des intervenants ont mis en avant l'importance de rassembler les acteurs impliqués et de promouvoir le partage d'expériences et de connaissances, afin d'aborder de manière complémentaire les problématiques liées aux conduites suicidaires.

Des collaborations ont été mentionnées notamment avec les structures de prise en charge : CMP, CMPEA, CSAPA, Urgences, MDA, etc. mais également avec l'Éducation nationale, les associations d'écoute, etc.

Des perspectives d'amélioration du travail en réseau autour de la question des conduites suicidaires sont soulignées, notamment avec le renforcement de l'implantation de Vigilans et son maillage sur les territoires qui peut être un vecteur pour faciliter la coordination des acteurs autour de la prise en charge des patients.

Des facteurs limitants

Bien que des complémentarités aient été identifiées entre les partenaires, une partie des personnes ressources ont souligné le manque d'échanges.

Un premier élément fait référence à la complexité du système de soins en santé mentale qui complique la collaboration entre les acteurs impliqués, en raison de la diversité des pratiques, des cultures organisationnelles et des intérêts individuels. Les professionnels soulignent notamment la difficulté de savoir « qui fait quoi ».

« ... ça donne une sorte de bazar, quand on est en souffrance on s'y perd et on voit le boulot qui consiste à expliquer ; ah oui c'est quoi la différence entre l'unité Vanille, entre la pédiatrie, le CMPEA, le CAPAS, la Maison des ados mais la Maison des ados elle fait ça mais aussi ça ... » Run2.

Un réseau de prise en charge complexe : le réseau de prise en charge en santé mentale est perçu comme complexe, avec des structures cloisonnées et des compétences qui se recouvrent partiellement. Il est souligné le besoin d'un guichet unique pour faciliter l'orientation des patients et clarifier les rôles des différentes structures impliquées.

*"Il n'y a pas de réseau d'acteurs, les actions sont éparées" "On souffre beaucoup du qui fait quoi" "Chez qui envoyé les gens". "Les généralistes ne savent pas qui appeler".
Guad.*

Une communication insuffisante : il est relevé des difficultés dans la communication et le partage d'informations entre les différentes structures. Certains acteurs comme les infirmières scolaires notamment, soulignent le manque de rétro information à la suite de prises en charge par les structures de soins.

Un manque de confiance : Certains participants soulignent un manque de dynamique de travail en réseau, avec des logiques d'établissement qui peuvent entraver la coopération dans leur façon de se mettre en avant pour capter des financements. Une certaine méfiance dans la mise en place de réseaux est évoquée, où chacun cherche à préserver ses propres intérêts. Parfois des clivages sont mentionnés notamment entre les associations et le médico-social.

« ... On ne travaille pas assez en réseau. On est très mauvais pour faire du réseau. Parce que quand on fait du réseau, on a l'impression que la personne qui est en face de vous, elle veut vous prendre quelque chose pour être meilleur que vous ... » Run4.

Un manque de moyens : les structures et les partenaires sont parfois confrontés à des contraintes de ressources financières, matérielles ou humaines. L'accès inégal aux ressources peut créer des déséquilibres et des tensions au sein du réseau. La crise sanitaire a par ailleurs été un facteur aggravant de ce manque de ressources.

2. L'offre de santé en Région

- Principaux constats

Globalement, une offre de soins insuffisante

L'offre de soins est dans l'ensemble décrite comme insuffisante et non adaptée pour répondre aux besoins des territoires, un constat que l'on retrouve moins à La Réunion. Dans certains cas, l'offre de soins en santé mentale est jugée suffisante mais mal utilisée, ce qui peut conduire à une inégalité d'accès aux services et à une sous-estimation des besoins réels de la population.

Insuffisance des effectifs et des moyens : il est également mentionné un manque d'effectifs dans tous les corps professionnels ainsi qu'une insuffisance des moyens matériels et financiers alloués à la santé mentale.

« Le CMP de Saint Laurent, pour vous donner l'exemple de la semaine dernière, a fonctionné sans infirmier » Guy1.

Manque de coordination et de réseau : plusieurs entretiens mentionnent le manque de travail en réseau et le sentiment d'isolement, surtout dans les régions éloignées. Ce manque de coordination peut entraver le partage des ressources et des bonnes pratiques entre les différents acteurs impliqués dans la santé mentale.

Manque de formation des professionnels : le manque de formation spécifique en santé mentale pour les professionnels de santé est un constat fortement exprimé, avec les conséquences que cela peut avoir sur la qualité des interventions et la prise en charge des patients.

Turn-over des professionnels : un problème récurrent est le *turn-over* élevé des professionnels de santé mentale, particulièrement à Mayotte et en Guyane, ce qui affecte la continuité et la qualité des soins. Un phénomène qui peut être accentué par des conditions de travail difficiles, des salaires peu attractifs ou des conditions de vie peu favorables dans certaines régions (Guyane et Mayotte).

« Il y a un turn over important" "C'est très sectorisé". "On va avoir un bon contact avec un collègue, on va mettre des choses en place, puis après il va partir » Guad1.

« Certaines personnes qui arrivent n'ont pas forcément tous les éléments qui ont amené à mettre en place un certain nombre de dispositifs et donc remettre en question tous ces dispositifs qui existaient en disant, " moi je veux faire autrement" et donc du coup, ça remet en cause beaucoup de choses » Guy1.

Délais d'attente longs : Les longues listes d'attente pour l'accès aux services de prise en charge ainsi que l'existence d'outils dysfonctionnels peuvent entraîner des retards dans les soins et une frustration chez les patients et les intervenants.

« J'ai le retour des gens qui travaillent en CMP. Les gens viennent à la MDA (maison des adolescents) parce qu'il n'y a pas de place en CMP. C'est ce que l'on constate" "Ce n'est pas normal que les gens aient à attendre autant de temps quand ils ont une urgence" » Guad3.

Manque de lits d'hospitalisation : le manque de lits d'hospitalisation en psychiatrie est un problème récurrent, limitant la capacité des établissements de santé à prendre en charge les patients nécessitant une hospitalisation.

« En fait à Mayotte il y a 10 lits d'hospitalisations de psychiatrie et y a des endroits où il y a plus d'une centaine ! Et en réalité tous les gens qui sont très malades psychiatriquement, ils ont aucun moyen de prise en charge, donc ça c'est quand même la base de la santé mentale les pathologies psychiatriques. Donc après on peut se préoccuper du reste mais si on ne s'occupe pas des gens qui sont extrêmement malades et qui ont aucun recours aux soins. Mais là c'est clair, c'est le néant donc c'est assez grave en réalité » May1.

« J'ai l'impression de mal faire mon travail. » May9.

Conditions d'hospitalisation et d'accueil : des problèmes liés aux conditions d'hospitalisation sont relevés, tels que l'insalubrité des locaux, les relations avec le personnel soignant. Ces conditions peuvent compromettre le rétablissement des patients et influencer négativement leur prise en charge médicale.

Barrières linguistiques et culturelles : la barrière de la langue est mentionnée comme un obstacle à l'accès aux soins en santé mentale, notamment dans les régions où plusieurs langues sont parlées

(Guyane et Mayotte). De plus, des différences culturelles peuvent influencer la manière dont les troubles mentaux sont perçus et traités.

La Réunion, un cas à part

Un constat qui concerne moins La Réunion pour qui la situation de l'offre de soins en santé mentale est dans l'ensemble perçue comme satisfaisante. Plusieurs personnes interrogées estiment notamment que comparée à d'autres départements d'outre-mer ou même à certaines grandes villes de l'Hexagone, La Réunion bénéficie d'une offre de soins en santé mentale plus favorable.

« ... j'ai l'impression qu'on a toujours l'impression que la situation est horrible, désastreuse ; malgré tout je pense qu'à La Réunion contrairement à l'impression qu'on en a pour en avoir discuté avec beaucoup des collègues et connaître d'autres endroits même Paris ...mais finalement on n'est pas si mal loti que ça. Dans notre misère, j'ai l'impression qu'on est dans une misère qui est quand même... ; quand on est dans un souci de coordination parce qu'il y a trop d'acteurs ou parce qu'ils se positionnent sur les mêmes champs ; c'est quand même plus confortable que d'être dans un environnement où il n'y a personne... » Run2.

« ... Alors moi, on peut toujours faire mieux très honnêtement, comme partout etc., après, je trouve que ce n'est pas si cata que ça très honnêtement. En tout cas moi de ce que j'ai vu ailleurs en métropole, ce n'est clairement pas la cata On pourrait faire mieux, on peut toujours faire mieux mais on n'a pas des délais d'attente de 1 an et demi dans les CMPEA ce qui était le cas à (grande ville) par exemple. Dans plusieurs secteurs dans lesquels j'ai travaillé, on avait un délai d'attente avant qu'il soit pris en charge dans un CMP par exemple. Donc ici, on n'a pas des choses comme ça. Globalement, les délais d'attente, si on en a, ils ne dépassent pas 2, 3 mois. Et même, il y a des choses qui se travaillent qui font que même ces délais d'attente là, n'existent plus et que, c'est en train d'être fait, pour qu'il n'y ait plus de délais d'attente. Enfin voilà. Du coup, ça ne va pas trop mal. Sur le plan même..., enfin voilà, on a des unités..., globalement, les unités fonctionnent ... » Run3-2.

« ..., On est très bien loti à La Réunion comparé à certains autres DOM, TOM. Faut dire que quand on regarde la Guyane ou Mayotte, on est largement mieux servi qu'eux. À Mayotte, c'est une catastrophe le soin là-bas. Alors que, ici, il y a des CMP dans chaque commune, il y a des CPA dans chaque commune, il y a une unité de psycho-trauma qui est en train de se monter dans chaque... enfin, dans les 4 coins de l'île. Il y a 3 grands hôpitaux, il y a des cliniques. On a quand même une offre de soins et un accès physique et économique aux soins qui est quand même non négligeable... » Run3-1.

Cela étant des difficultés ont été exprimées. Les professionnels soulignent le manque d'engagement en raison de rémunérations insuffisantes et un manque d'intérêt envers la santé mentale. Ils recommandent d'améliorer la formation spécialisée pour gérer les crises suicidaires, ainsi que la mise en place de centres d'accueil de crise et des unités d'hospitalisation de courte durée pour répondre aux urgences. Le manque de professionnels qualifiés et de structures spécialisées constitue également une préoccupation majeure.



- **Leviers et recommandations**

Les professionnels ressources ont formulé des propositions afin d'améliorer l'offre de soin en région, ci-dessous les principaux éléments discutés :

À La Réunion, l'offre de soins étant plus développée, les recommandations sont spécifiques. Elles portent principalement sur le besoin de recrutement, notamment l'augmentation des effectifs de psychologues, psychiatres, et assistants sociaux pour réduire les délais d'attente pour les consultations spécialisées. Parallèlement, la formation des soignants, notamment dans les CMP et CMPEA, est jugée essentielle pour renforcer leurs compétences dans la prise en charge des problèmes de santé mentale, en particulier en psychopathologie et en gestion de crise suicidaire. Pour répondre aux situations d'urgence, les professionnels proposent la création de structures spécialisées comme des centres d'accueil de crise et des unités d'hospitalisation de courte durée, adaptées à différents niveaux de gravité. L'amélioration de l'accès aux soins en ambulatoire et la coordination entre les structures de soins sont également mises en avant. Enfin, la nécessité d'une communication adaptée pour informer les patients sur les dispositifs de prise en charge des suicides a été évoquée.

Pour les Antilles, Mayotte et la Guyane les propositions de recommandations sont les suivantes :

Communication et sensibilisation :

Pour renforcer la prévention du suicide, les professionnels proposent de mettre en place une communication adaptée à la diversité culturelle des populations d'outre-mer. Cela implique l'utilisation de slogans adaptés aux langues utilisées et l'exploitation de divers supports médiatiques dont la radio, un média qui a souvent été proposé. Cette approche permettra de sensibiliser les communautés locales et d'encourager la recherche d'aide en cas de détresse psychologique. Certains professionnels recommandent de donner plus de place aux médiations parents – enfants.

«... mettre en place des groupes de réflexion, des séances de projection de films, des groupes parents-enfants, pour travailler le lien ...» Guy1.

Formation des professionnels :

Une formation spécialisée des professionnels en contact avec le public ayant des comportements suicidaires est incontournable pour améliorer la détection précoce des signes de détresse et la prise en charge des personnes à risque de suicide. Une proposition de former les médecins traitants pour qu'ils soient en première ligne pour identifier et orienter les patients vers les services appropriés, renforçant ainsi le réseau de prise en charge.

Amélioration de l'offre et de l'accessibilité aux soins : Pour garantir un accès satisfaisant aux soins en santé mentale, les professionnels recommandent de :

- Recruter davantage de spécialistes, notamment les pédopsychiatres, les psychiatres, ainsi que des gériatres qui pourraient intervenir en équipe mobile.
- Adapter les horaires d'ouverture des lignes d'écoute téléphoniques pour répondre de manière plus efficace aux besoins de la population, en assurant une disponibilité renforcée des services d'aide.

« Ouverture de la ligne Vigilans à partir de 9 heures, la ligne pourrait être ouverte plus tôt » Guad1.

- Faciliter l'accès des personnes présentant des comportements suicidaires aux services d'urgence, en assurant un premier contact avec un psychiatre et une éventuelle hospitalisation si nécessaire.

« Les personnes seront prises en charge en fonction des symptômes présentés en rapport avec l'acte suicidaire" ; Si les urgences représentent un des modes d'entrée de la filière de prise en charge, ce serait bien que les patients éligibles entrent par un courrier de leur médecin traitant" » Guad8.

- Améliorer les voies d'accès au soin, particulièrement en Guyane
- Améliorer l'offre de soins en addictologie
- Mettre en place des structures de gestion de crise
- Créer un espace spécifiquement dédié pour les personnes ayant eu des comportements suicidaires, en dehors de la prise en charge psychiatrique

Approche globale et déstigmatisation :

- Sensibiliser à la santé mentale et déstigmatiser les troubles psychiques.
- Adapter les interventions de prévention au contexte socio-culturel local.
- Créer des points d'écoute gratuits pour libérer la parole et des antennes de la Maison des Adolescents dans différents territoires pour fournir un soutien psychologique accessible et non stigmatisant. Ces structures offriront un espace sûr où les personnes en détresse pourront s'exprimer librement et trouver un accompagnement adapté à leurs besoins.

Renforcement du réseau et de la coordination :

- Encouragement du travail en réseau et de la coordination entre les différents acteurs de la santé mentale
- Mobiliser des associations et des ressources locales pour une action concertée.
- Décloisonner les filières (addictions, troubles bipolaires, etc.) pour une prise en charge globale

Adapter les initiatives aux spécificités culturelles des territoires

- Mettre en place un accompagnement des personnes des écarts qui nécessitent une prise en charge adaptée

« ...pour avoir accompagné des jeunes femmes qui ont quitté leur village amérindien pour aller à Saint-Laurent pour les soins, je les sentais vraiment encore plus perturbées qu'au départ... » Guy2.

Discussion - Conclusion

Les départements et régions d'outre-mer présentent des caractéristiques socio-économiques, culturelles et géographiques spécifiques, qui ont un impact sur la santé mentale de leurs populations. Sur ces territoires, les conduites suicidaires constituent un enjeu important et une préoccupation croissante, mettant en lumière la nécessité d'une compréhension approfondie de cette problématique.

En combinant une approche mixte, quantitative et qualitative, cette étude permet de mieux comprendre la problématique du suicide et des tentatives de suicide dans les DROM. Même si les bases de données quantitatives n'éclairent pas totalement la réalité des conduites suicidaires dans les DROM, elles fournissent cependant des données qui contribuent à documenter l'évolution des indicateurs et comparer les régions entre elles. Sur le plan qualitatif, les verbatims analysés sont ceux des professionnels ayant accepté de répondre. Cette étude ne prétend pas être totalement exhaustive sur tous les points même si nous avons veillé à diversifier le profil des personnes interviewées.

Les résultats obtenus grâce à l'analyse des données quantitatives et qualitatives, combinés aux perspectives des professionnels de la santé mentale et des intervenants locaux, permettent d'identifier les particularités régionales, les facteurs de risque communs et spécifiques, les interventions et les initiatives de prévention en place et de formuler des stratégies efficaces pour mieux comprendre, prévenir et intervenir face aux conduites suicidaires dans les territoires ultramarins.

Sur le plan quantitatif, plusieurs constats importants sont observés. Dans l'ensemble, les DROM se distinguent de la France hexagonale pour tous les indicateurs collectés de manière régulière, notamment les passages aux urgences, les hospitalisations consécutives à une tentative de suicide et la mortalité. Ces indicateurs présentent généralement des niveaux plus bas dans les territoires ultramarins que dans les autres régions de France, bien que la situation à La Réunion se rapproche davantage de celle observée dans l'Hexagone.

Ainsi en 2017, les taux de mortalité étaient parmi les plus bas de France, particulièrement à Mayotte (0,4 pour 100 000 habitants) alors qu'à La Réunion le taux de mortalité dépasse celui de la région hexagonale la moins touchée (9,7 pour 100 000 versus 7,1 pour 100 000 en Île-de-France).

Ce premier constat d'une situation face au suicide qui apparaît moins défavorable que dans l'Hexagone soulève des interrogations quant à la fiabilité des données et à une éventuelle **sous-déclaration des conduites suicidaires** dans ces territoires. Cette observation a également été régulièrement signalée par les professionnels interrogés. En effet, les discussions ont mis en lumière plusieurs aspects complexes et interconnectés. Tout d'abord, il est important de souligner que la perception largement partagée de la sous-déclaration n'est pas toujours étayée par des données quantitatives précises, ce qui suscite des incertitudes quant à l'ampleur réelle du phénomène.

Plusieurs explications ont été avancées lors des entretiens pour expliquer ce phénomène. Les problèmes de codage des tentatives de suicide ont été identifiés comme le principal facteur contribuant à cette sous-déclaration. Un manque de sensibilisation, de temps et de formation en matière de codage des diagnostics lors des séjours hospitaliers, ainsi que des erreurs ou un manque de précision dans ce processus, ont été mentionnés. De plus, le système d'information actuel ne

permet pas de comptabiliser les tentatives de suicide n'ayant pas donné lieu à une prise en charge hospitalière. Ces "tentatives à bas bruit" échappent donc aux statistiques, ce qui rend l'évaluation du phénomène suicidaire incomplète.

La sous-déclaration est également attribuée à des renoncements aux soins, en particulier à Mayotte, motivés par des raisons financières ou administratives qui peuvent dissuader les individus, en particulier ceux en situation irrégulière, de rechercher une aide médicale.

Le tabou culturel et religieux autour du suicide est rapporté dans l'ensemble des territoires ultramarins, décourageant les individus et leurs proches de signaler les tentatives ou les suicides. De plus, la volonté d'organiser des funérailles religieuses peut également contribuer à ne pas révéler la cause réelle du décès de leur proche. Ces problématiques contribuent également à la sous-déclaration des conduites suicidaires. Il a parfois été évoqué le fait que ce sont les familles qui demandent au médecin rédigeant le certificat de décès de ne pas mentionner le suicide. Les médecins interrogés en Martinique ont précisé que cette demande concerne les attestations pour les assurances par exemple et non les certificats de décès qui ne sont pas remis à la famille. Par ailleurs, le principal mode de suicide étant la pendaison, la rédaction du certificat de décès doit mentionner qu'il existe un obstacle médico-légal.

Pour remédier à ces difficultés, les professionnels interrogés ont formulé des recommandations visant à améliorer la collecte et l'analyse des données sur les conduites suicidaires. Cela inclut la centralisation des données provenant de diverses sources, l'harmonisation des pratiques de codage, et l'investissement dans la recherche épidémiologique. De plus, la formation des professionnels de la santé est considérée comme essentielle pour améliorer la détection précoce des signes avant-coureurs de conduites suicidaires et garantir une évaluation précise des facteurs de risque.

L'existence de collaborations régulières entre les professionnels de la santé mentale des DROM peut servir d'appui à certains projets. C'est le cas de l'étude AUTOPSOM (Apport de l'autopsie psychologique à la compréhension des conduites suicidaires en outre-mer) qui a également été retenue dans le cadre de l'axe 1 de l'appel à projets « le suicide et sa prévention » de la Drees visant à disposer de connaissances sur les spécificités des conduites suicidaires dans les DROM et collectivités d'outre-mer. AUTOPSOM a pour objectif d'identifier dans quatre sites d'Outre-mer des facteurs de risque suicidaire communs ou spécifiques par une approche mixte (quantitative et qualitative) basée sur des entretiens semi-dirigés de type autopsie psychologique auprès des proches de la personne décédée. Les sites ultramarins qui participent à ce projet sont la Guyane, la Martinique, La Réunion et la Polynésie française. L'étude vise également à coordonner le monitoring des suicides dans ces 4 territoires en les comparant à un site de France hexagonale (Amiens).

Dans la continuité de l'analyse des données quantitatives, qui révèlent une mortalité par suicide plus élevée chez les adultes, notamment à partir de 40 ans sauf en Guyane, tandis que les passages aux urgences et les hospitalisations pour tentatives de suicide sont plus fréquents chez les personnes les plus jeunes, les entretiens avec les professionnels enrichissent et précisent ces observations.

Un premier point concerne là-encore une possible sous-estimation des **comportements suicidaires chez les jeunes**, car seuls ceux qui ont été identifiés et pris en charge à l'hôpital sont comptabilisés. Ce constat est également présent dans la littérature mettant en évidence un écart entre les données des enquêtes, telles que le Baromètre santé, où la proportion de jeunes déclarant des tentatives de suicide

est supérieure à celle des jeunes hospitalisés en médecine ou en chirurgie. Des passages à l'acte « à bas bruit » échappent en effet aux statistiques de suicide et une des explications est documentée dans une récente étude portant sur le parcours des jeunes suicidaires et suicidant¹². Elle confirme le non-recours au soin de jeunes ayant fait des tentatives de suicide et par conséquent une absence de prise en charge hospitalière ou simplement d'une consultation médicale. Selon cette étude certaines tentatives de suicides restent inconnues de l'entourage jusqu'à ce que le jeune décide d'en parler, souvent à distance de l'événement. De fait, la plupart des études révèle la faible propension des jeunes, particulièrement les adolescents, à demander de l'aide. L'enquête « Portraits d'adolescents »¹³, fait état d'adolescents qui sont nombreux à s'isoler en période de mal-être, ces derniers auraient des difficultés à se confier ou à demander de l'aide auprès des adultes.

Les résultats de l'approche qualitative ont également mis en lumière la grande vulnérabilité des jeunes dans les DROM, confrontés à des difficultés psychosociales importantes. Les facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez les jeunes sont multiples et complexes, allant des violences intrafamiliales aux pressions scolaires. Les spécificités des territoires, telles que la précarité économique à Mayotte et en Guyane ou les transitions identitaires en augmentation aux Antilles et à La Réunion, renforcent ces facteurs de risque et contribuent à la détresse des jeunes.

Cette vulnérabilité observée chez les jeunes concerne particulièrement les adolescentes. Les analyses statistiques identifient notamment les jeunes filles de 10 -19 ans qui sont les plus nombreuses à être hospitalisées pour tentatives de suicide. L'approche qualitative confirme ce constat. Les conduites suicidaires différenciées selon le genre ont longuement été abordées dans les études¹⁴, ces dernières expliquent ce constat par l'impact important des normes sexuées imposées dans les sphères familiales, sociales, scolaires, etc. En résumé, les filles exprimeraient davantage leur mal-être, à travers des plaintes et des atteintes corporelles comme les scarifications, les troubles alimentaires, des douleurs etc. Les idées suicidaires et les passages à l'acte chez les jeunes filles font souvent écho à des traumatismes en lien avec le vécu d'agressions sexuelles, de viol, d'inceste, etc.

La sur-représentation féminine dans le recours aux tentatives de suicide, est nuancée par les professionnels qui évoquent une sous-estimation des passages à l'acte masculins. Le concept d'« **équivalent suicidaire** »¹⁵ a ainsi été avancé comme une piste pouvant expliquer cet écart important entre les filles et les garçons. Il s'agirait plus précisément de comportements qui se traduisent par des actes impulsifs, des prises de risques dangereuses, ou des actions autodestructrices sans qu'il y ait l'expression du désir de mettre fin à sa vie. Plus concrètement, plusieurs cas de comportement à risque comme le fait de conduire avec une forte alcoolémie, de traverser des voies rapides, etc. ont été décrits comme des tentatives de suicide non repérées par les professionnels et donc non comptabilisées statistiquement. En pratique, ces situations sont complexes et nécessitent une évaluation approfondie pour comprendre les motivations et les facteurs sous-jacents.

¹² DE CLER Anne-Pauline, « Morgny C. (dir.), Chalmeton P., Lambert B., Leclerc C., Derrière les masques, la souffrance mentale des jeunes. Construire du lien pour prévenir les idées suicidaires, Rennes, Presses de l'EHESP, 2022, 156 p., 25 € », *Agora débats/jeunesses*, 2023/3 (N° 95), p. 128-129. DOI : 10.3917/agora.095.0128. URL : <https://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2023-3-page-128.htm>

¹³ Portraits d'adolescents - Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013

¹⁴ Le Breton, D. (2015). Adolescence et conduite à risque

¹⁵ Les équivalents suicidaires – OFDT- C. Vindreau and all.1987

La question **des modes de passage à l'acte** dans les conduites suicidaires **chez les jeunes**, en particulier l'utilisation croissante des intoxications médicamenteuses, notamment au paracétamol, suscite une attention particulière des professionnels dans plusieurs territoires ultramarins, comme la Guadeloupe, la Réunion et Mayotte. Le paracétamol, largement disponible dans les foyers, devient ainsi une option courante pour ces jeunes. Ce constat soulève des questions sur l'accessibilité des moyens létaux et sur l'information des jeunes concernant ces substances.

En Guyane, une préoccupation spécifique concerne les passages à l'acte des adolescents par l'ingestion de « paraquat », une molécule contenue dans des désherbants particulièrement toxiques.

Par ailleurs, les professionnels de santé observent une augmentation préoccupante du recours aux gestes auto-agressifs, notamment les scarifications. Sur ce point, la littérature¹⁶ fait état d'un consensus sur le fait que les comportements suicidaires et les lésions cutanées auto-infligées partagent les mêmes facteurs de risque (faible estime de soi, dépression, absence de soutien de famille, etc.), en revanche, des divergences sont rapportées sur le fait de savoir si les lésions cutanées auto-infligées sont un facteur de risque suicidaire ou plutôt un facteur de « protection ». D'une part, une hypothèse suggère que le recours aux mutilations de façon répétée et sévère contribuerait à l'habituation du jeune à la douleur, augmentant ainsi sa capacité à se faire du mal et potentiellement à envisager le suicide. D'autre part, les scarifications seraient l'expression d'une souffrance par un autre biais que celui de la tentative de suicide. David Le Breton¹⁷ confirme que ces pratiques sont plus fréquentes chez les filles car celles-ci intériorisent leur souffrance. Les scarifications sont un moyen de faire sortir la souffrance. « L'entaille est un remède pour ne pas mourir, ne pas disparaître dans l'effondrement de soi. Une fois l'entame effectuée, le sujet retrouve un apaisement provisoire ». Le plus souvent, ces conduites qui traduisent une demande d'aide ne perdurent pas avec l'avancée en âge.

En conclusion, parmi les publics vulnérables les jeunes occupent une place prépondérante. Les facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez les jeunes dans les DROM sont multiples et complexes. Les difficultés socio-économiques, les conflits familiaux, les traumatismes et les pressions scolaires contribuent à leur vulnérabilité nécessitant une attention particulière des professionnels de la santé mentale. Les professionnels recommandent plusieurs leviers pour améliorer la prise en charge des conduites suicidaires chez les jeunes, notamment une meilleure évaluation initiale, la formation des professionnels de santé au repérage et à la gestion de la crise suicidaire, ainsi que la mise en place de centres de crise sanitaire et d'hôpitaux de jour.

D'autres publics vulnérables ont été identifiés. Pour certains professionnels les jeunes sont en effet une population particulièrement à risque de conduites suicidaires mais ils ne sont pas les plus concernés par les passages à l'acte mortels, les constats chiffrés confirment cette faible mortalité des jeunes par suicide. Il y aurait selon la plupart des experts entendus des publics particulièrement à risque de suicide et dont le repérage est complexe. Parmi ceux-ci, **les adultes en précarité socioéconomique** représentent un groupe particulièrement préoccupant. Souvent confrontés à des difficultés financières, professionnelles et relationnelles, ces personnes ont tendance à éviter le recours aux soins et à être réticentes à établir des liens avec les professionnels de la santé. La crise sanitaire a par ailleurs exacerbé leurs vulnérabilités économiques.

¹⁶ Grandclerc *et al.*, 2016

¹⁷ Le Breton D. Scarifications adolescentes. *Enfances et psy.* 2006 (3). N°32 : pp35-57.

Les personnes âgées, en raison de la solitude, de l'isolement social et de la souffrance psychologique, sont également identifiées comme étant à risque accru de suicide. Cependant, dépister les comportements suicidaires chez les personnes âgées est décrit comme difficile en raison de la complexité de différencier la volonté consciente d'un suicide, d'un trouble du comportement ou d'une pathologie non diagnostiquée et donc non traitée. Selon certains travaux¹⁸, cette complexité à repérer les comportements suicidaires, notamment les idées suicidaires est exacerbée par la propension plus importante des personnes âgées à exprimer des préoccupations concernant la mort. Cependant, ces discussions ne témoignent pas nécessairement d'une intention suicidaire, mais plutôt d'une réflexion sur la fin de leur vie.

Comme cela a été évoqué précédemment pour les jeunes, chez ces publics également (adultes en précarité socio-économique et personnes âgées), la question du repérage du risque suicidaire est un enjeu important, en lien avec la mise en place de formations pour les professionnels au contact de ces publics afin qu'ils sachent repérer les signes d'appel qui leurs sont propres.

Plus spécifiquement en Guyane, **les populations amérindiennes** sont souvent identifiées comme présentant un risque accru de suicide, en raison de leur isolement géographique, de la perte de leurs repères culturels et de leur vulnérabilité socio-économique. Pacot *et al.* ont analysé rétrospectivement les données des centres de santé de la région de Camopi et de Trois Sauts pour étudier les caractéristiques des suicides survenus dans la population amérindienne pour la période 2008-2015¹⁹. Pour ces populations, le taux de tentatives de suicide était 10 fois plus élevé que la moyenne hexagonale et la létalité de 30,4 % *versus* 8,2 % dans l'Hexagone. En termes de caractéristiques démographiques, on peut aussi mettre l'accent sur des constats très différents de ce qui est habituellement observé pour la mortalité par suicide. Ainsi, cette étude a montré que les taux de mortalité étaient équivalents selon le sexe et que les 10-20 ans représentaient 70 % des décès par suicide. Parmi les événements de vie pouvant expliquer le passage à l'acte, plus d'une personne de la communauté amérindienne sur deux rapportait un décès récent dans son entourage ou des relations conflictuelles.

Ces conduites suicidaires plus fréquentes chez certains groupes de populations sont observées également à Mayotte pour les populations migrantes. Globalement, les spécificités culturelles et géographiques des différents territoires devraient être prises en compte dans l'évaluation et la prévention des conduites suicidaires.

En termes de facteurs de risque, **les violences intrafamiliales**, qu'elles soient physiques, sexuelles ou émotionnelles, sont des facteurs de risque prédominants dans les départements et régions d'outre-mer, affectant la santé mentale des victimes et augmentant le risque de comportements suicidaires. Une proportion élevée de violences conjugales et de maltraitance infantile a été rapportée dans l'ensemble des territoires ultramarins. Ces constats sont en cohérence avec les résultats de l'enquête démographique Violences et rapports de genre (dite « Virage ») qui a été réalisée à La Réunion et aux Antilles. Cette étude fait le point sur les violences physiques, sexuelles et psychologiques subies dans la famille et durant l'enfance. Les résultats révèlent que les DROM sont davantage caractérisés par les violences que l'Hexagone. Par exemple, deux à trois fois plus de femmes déclarent avoir été victimes

¹⁸ Prendre en compte la souffrance psychique des personnes âgées : les recommandations de l'ANESM. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnement.

¹⁹ Pacot R, Garmit B, Pradem M, Nacher M, Brousse P. The problem of suicide among Amerindians in Camopi-Trois Sauts, French Guiana 2008–2015. *BMC Psychiatry*. 2018 18 :99.

de violences physiques dans le couple à La Réunion et aux Antilles ; et 4 à 8 fois plus de femmes déclarent des violences sexuelles, la Guadeloupe étant le territoire où la proportion est la plus élevée.

Les violences vécues dans l'enfance (avant 18 ans) sont également supérieures à celles observées dans l'Hexagone : Les violences psychologiques et verbales sont les plus fréquemment rapportées, surtout à La Réunion et chez les femmes aux Antilles. Environ une personne sur dix déclare avoir subi des violences physiques pendant l'enfance ou l'adolescence, avec des taux similaires entre les filles et les garçons. Les violences sexuelles sont plus répandues parmi les femmes, atteignant près de 10 % en Guadeloupe et Martinique.

Les conséquences psychologiques à long terme de ces traumatismes, y compris les épisodes dépressifs majeurs et les tentatives de suicide, montrent l'importance de mettre en place des mesures de prévention et une prise en charge adaptées.

Par ailleurs, les antécédents traumatiques, la précarité socio-économique et les troubles mentaux, notamment la dépression et l'anxiété, sont également des facteurs de risque importants.

L'impact de la crise sanitaire de la COVID-19 est non négligeable, cette pandémie a exacerbé ces facteurs de risque en amplifiant les inégalités sociales et économiques, en augmentant l'isolement social et en perturbant l'accès aux services de santé mentale. De façon générale, les épidémies sont reconnues pour aggraver les troubles de santé mentale au sein de la population. Par exemple, des études antérieures menées lors de l'épidémie de SRAS au début des années 2000 ont révélé une augmentation de l'anxiété, de la dépression et du stress post-traumatique tant pendant l'épidémie que dans les années qui ont suivi sa fin. Les populations les plus vulnérables, telles que les jeunes, les personnes âgées, les migrants et les minorités sexuelles, sont particulièrement touchées par ces effets. Ces constats sont en cohérence avec les travaux récents, notamment l'étude CONFINS²⁰ portant sur les conséquences de la pandémie, qui identifie les publics vulnérables, les étudiants constituent une population particulièrement touchée.

Les facteurs culturels et religieux également explorés dans cette étude révèlent que dans les DROM, la diversité culturelle et la coexistence de multiples communautés religieuses façonnent les perceptions et les représentations du suicide de manière complexe. Le tabou entourant le suicide, largement répandu et renforcé par des interdits religieux, constitue un obstacle non négligeable à la discussion sur la santé mentale et à la prévention du suicide. En effet, les interdits religieux alimentent la stigmatisation et la culpabilisation des personnes confrontées à des pensées suicidaires et des familles où un des membres s'est suicidé. De plus, une culture du silence, enracinée dans la peur du jugement social et du "qu'en dira-t-on", entrave la reconnaissance et la prise en charge des troubles psychologiques, même au sein des professionnels de la santé. C'est notamment ce qui a été rapporté par les professionnels interrogés aux Antilles.

Parallèlement, les croyances magico-religieuses ont une influence sur l'interprétation des comportements suicidaires. Dans de nombreuses communautés, les troubles psychiques sont attribués à des forces surnaturelles ou à des malédictions familiales, plutôt qu'à des facteurs

²⁰ Etude épidémiologique en ligne lancée en 2020 qui s'intéresse à l'impact psychologique, émotionnel et comportemental du COVID-19 sur la population française

psychologiques. Par exemple, à Mayotte, les comportements suicidaires sont souvent expliqués par la croyance en la possession par des esprits ou la sorcellerie, tandis qu'en Guyane, une dimension mystique entoure parfois le suicide, les individus semblant se détacher de leur propre action et agir comme s'ils n'étaient pas les auteurs de leurs actes.

Le recours aux médecines traditionnelles est courant, souvent en complément de la médecine occidentale mais parfois en tant que première intention de traitement. Cette pratique soulève des questions sur l'accessibilité des services de santé mentale et la nécessité d'intégrer les croyances culturelles dans les stratégies de prévention. Par exemple, à La Réunion, où plusieurs communautés coexistent, la présence sur le territoire d'une consultation transculturelle constitue une approche pertinente dans la prise en compte des sphères culturelles, culturelles et médicales dans l'accompagnement des personnes en détresse psychologique, y compris celles confrontées au suicide.

Les discussions menées lors des entretiens qualitatifs constituent une base d'analyse intéressante. Toutefois, pour avoir une compréhension plus approfondie des aspects culturels et culturels liés aux conduites suicidaires, il serait pertinent de mener des études anthropologiques et/ou sociologiques spécifiques.

La discussion sur **l'offre de soins** en santé mentale dans les DROM met en lumière des réalités contrastées quant aux dispositifs de prévention du suicide et à l'implication des acteurs dans la gestion des comportements suicidaires. Les constats rapportés par les professionnels révèlent une présence variable des dispositifs de prévention, avec une mise en œuvre plus développée à La Réunion, tandis que des lacunes sont observées en Guadeloupe, Martinique, Guyane et à Mayotte.

Concernant l'offre de soins, celle-ci est jugée insuffisante, avec des effectifs et des moyens matériels limités, ainsi qu'un manque de coordination entre les différents acteurs impliqués. Les délais d'attente pour l'accès aux services de prise en charge sont souvent longs, et le manque de lits d'hospitalisation en psychiatrie constitue un problème récurrent. Les conditions d'accueil et d'hospitalisation ainsi que les barrières linguistiques et culturelles compliquent également la prise en charge de certains patients.

La Réunion se démarque avec une offre de soins en santé mentale perçue comme plus satisfaisante, bien que des problématiques persistent, notamment en termes de recrutement et de formation des professionnels, ainsi que dans la mise en place de structures adaptées pour répondre aux urgences.

Globalement, des initiatives sont lancées, mais leur efficacité est parfois freinée par des politiques nationales perçues comme inadaptées. Des leviers pour améliorer la prévention du suicide sont identifiés par les professionnels, principalement en renforçant l'information et la communication sur le suicide et en massifiant la formation des professionnels au contact des publics à risque. Cependant, des limites persistent, en lien avec la complexité du système de soins en santé mentale, les difficultés de communication et de confiance entre les acteurs, et le manque de moyens, aggravé par la crise sanitaire. Un travail collaboratif plus étroit et une meilleure allocation des ressources sont préconisés pour garantir une prise en charge efficace des personnes concernées par les conduites suicidaires dans ces territoires.

Siglaire

ARS	Agence régionale de santé
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Caarud	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue
CCAS	Centres communaux d'action sociale
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CIM	Classification internationale des maladies
CMP	Centre médico-psychologique
CMPEA	Consultation Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents
CSAPA	Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CUMP	Cellule d'urgence médico-psychologique
DAS	Diagnostic associé
DOM	Département d'outre-mer
DP	Diagnostic Principal
DR	Diagnostic Relié
Drees	Direction de la Recherche et des Études, et de l'Évaluation et des Statistiques
DROM	Départements et régions d'outre-mer
EPSM	Établissement public de santé mentale
GEPS	Groupement d'études et de prévention du suicide
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
IML	Institut médico-légal
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LGBT+	Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MDA	Maison des adolescents
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
ONS	Observatoire National du Suicide
ORS	Observatoire régional de la santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente



SDIS Service départemental d'incendie et de secours

SMUR Structure mobile d'urgence et de réanimation

SpF Santé publique France

TS Tentative de suicide

Annexes

Annexe 1 – Les conduites suicidaires dans les DROM – Bibliographie générale

Ce travail de recherche documentaire ne prétend pas à l'exhaustivité. Les différentes sélections ont été réalisées afin d'offrir un aperçu de la richesse des sources disponibles et de faciliter les recherches sur cette thématique.

En termes de présentation, la Convention de Vancouver a été utilisée pour la rédaction bibliographique et les références sont classées par ordre antéchronologique.

Éléments de cadrage nationaux

I. Politique nationale

- Ministère des Solidarités et de la Santé. Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Dossier de presse [en ligne]. 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Priorité prévention 2018-2019. Rester en bonne santé tout au long de la vie [en ligne]. 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnsp_2018_2019.pdf (consulté le 24 août 2021)
- HAS. Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 [en ligne]. 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Mutualité sociale agricole. Plan national MSA de prévention du suicide 2016-2020 [en ligne]. 2016. Disponible sur : <https://ssa.msa.fr/wp-content/uploads/2018/12/Plan-National-MSA-de-Prevention-du-suicide-2016-2020.pdf> (consulté le 24 août 2021)
- DREES. Création de l'Observatoire National du Suicide (ONS) [en ligne]. Mise à jour le 7 septembre 2021. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide#Creation-de-l-Observatoire-national-du-suicide> (consulté le 8 septembre 2021)
- HAS. Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale [en ligne]. Note d'orientation. 9 octobre 2013. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf (consulté le 24 août 2021)



- Ministère de la Santé, Ministère des Solidarités Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [en ligne]. 2012. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Direction Générale de la Santé. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [en ligne]. 2011. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Ministère de la Santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [en ligne]. 2005. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction générale de la santé. Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 [en ligne]. 2000. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat.pdf (consulté le 24 août 2021)
- DGS. Programme national de prévention du suicide des adolescents et jeunes adultes 1998-2000.
- Calmat A. La prévention du suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans. Document de travail. Paris : Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, 1990.

II. Sélection bibliographique

• Ouvrages / rapports

- Observatoire national du suicide. Suicide : Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4ème rapport [en ligne]. Paris : DREES, 2020, 268p. Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3e rapport [en ligne]. Paris : DREES, 2018, 221p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf> (consulté le 24 août 2021)
- Gigonzac V. Les caractéristiques associées à la mortalité par suicide chez les hommes exploitants agricoles entre 2007 et 2011 [en ligne]. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. Disponible sur : [https://www.lafranceagricole.fr/r/Publie/FA/p1/Infographies/Web/2017-09-28/plaquette_caracteristiques_associees_mortalite_suicide_hommes_agriculteurs_exploitants_2007_2011%20\(1\).pdf](https://www.lafranceagricole.fr/r/Publie/FA/p1/Infographies/Web/2017-09-28/plaquette_caracteristiques_associees_mortalite_suicide_hommes_agriculteurs_exploitants_2007_2011%20(1).pdf) (consulté le 19 septembre 2021)
- Observatoire national du suicide. Suicide : connaître pour prévenir, dimensions nationales, locales et associatives [en ligne]. Deuxième rapport. Février 2016, 479p. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf (consulté le 24 août 2021)

- Haut Conseil de la santé publique. Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [en ligne]. 2016. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160303_evaluationplansuicide20112014.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Direction générale de la santé. Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011-2014. Annexe du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [en ligne]. Paris : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2015. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_pnacs_2011-2014.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Observatoire national du suicide. Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1^{er} rapport [en ligne]. Paris : DREES, 2014. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf> (consulté le 24 août 2021)
- Chan Chee C, Jezewski Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011 [en ligne]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2014. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Du Roscoät E, Saïas T, Léon C. Dépression, détresse psychologique et pensées suicidaires : prévalences, recours aux soins et facteurs associés [en ligne]. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, 2014, pp.52-73. Disponible sur : <https://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/1549.pdf> (consulté le 24 août 2021)
- Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives [en ligne]. Saint-Denis : INPES, 2014. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/121901/file/154364_1291.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Dreux C. La prévention en santé chez les adolescents [en ligne]. Paris : Académie nationale de médecine, 2014. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/06/DreuxPr%C3%A9vention-rapport-17.6.14final1.pdf> (consulté le 24 août 2021)
- Beck F, Guignard R, Husky M, du Roscoät E, Saïas T, Michel G *et al.* Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans [en ligne]. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, 2013, pp.235-249. Disponible sur : [Lien](#) (consulté le 24 août 2021)
- Bossard C, Cohidon C, Santin G. Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. Etude exploratoire [en ligne]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2013. Disponible sur : https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_recherche/24520/STM/11758_PS_PDF.txt (consulté le 24 août 2021)
- Bossard C, Santin G, Guseva Canu I. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Premiers résultats [en ligne]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2013. Disponible sur : <http://arcade5962.org/actualites/rapport-surveillance-mortalite-suicide-agriculteurs-exploitants.pdf> (consulté le 24 août 2021)



- Bernus D. Suicide : plaidoyer pour une prévention active. Collection Avis du Conseil économique social et environnemental [en ligne]. Paris : Editions du Journal Officiel, 2013. Disponible sur : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2013/2013_08_suicide_plaidoyer.pdf (consulté le 24 août 2021)
- DREES. Suicides [en ligne]. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. 2011, pp.322-323. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_79_traumatismes_obj92.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Cohidon C, Geoffroy Perez B, Fouquet A, Le Naour C, Goldberg M, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles [en ligne]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2010. 8p. Disponible sur : <http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/datas/files/SSTFP/2010%20Rpt%20suicide%20activite%20professionnelle%20France%20INVS.pdf> (consulté le 24 août 2021)
- Bernardin E, Lemery B, Bonnet C, Tréhony A. Le suicide dans les régions françaises [en ligne]. Paris : FNORS, 2007. Disponible sur : https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2020/08/2007_Fnors_Suicide_Regions.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Michel G, Aquaviva E, Aubron V, Purper-Ouakil D. Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité [en ligne]. Beck F, Guilbert P, Gautier A, dir. Baromètre santé 2005. Saint-Denis : INPES, 2007, pp.487-506. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/197225/2363977> (consulté le 24 août 2021)
- Eureval. Evaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 [en ligne]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2006. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-2.pdf> (consulté le 24 août 2021)
- Castel-Tallet A, Dr Chabaud F, Dr Collignon A, Dr Fontaine D, Fontaine D, Lemery B, *et al.* Evaluation d'actions de prévention du suicide [en ligne]. Paris : FNORS, 2000. Disponible sur : https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2020/08/2001_Fnors_Suicide_Prevention.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Périodiques / articles
 - Klingelschmidt J, Chastang JF, Khireddine-Medouni I, Chérié-Challine L, Niedhammer I. Facteurs professionnels en lien avec le suicide au sein des salariés affiliés à la Mutualité sociale agricole (MSA) et en activité entre 2007 et 2013 [en ligne]. Rev Epidemiol Santé Publique n°1, volume 68, 2020, pp1-8. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S039876201930519X#sec0035> (consulté le 24 août 2021)
 - Dossier Prévenir le suicide : connaissances et interventions [en ligne]. La Santé en action n°450, 2019, pp.4-37. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/222515/2471733> (consulté le 24 août 2021)

- Gorza M, Léon C, Lasbeur L, le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Etat de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans - Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017 [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°26-27, 2019, pp.540-8. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/199382/2372453> (consulté le 24 août 2021)
- Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°26-27, 2019, pp.520-5. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/pdf/2019_26-27_2.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°3-4, 2019, pp.35-86. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/148324/2140451> (consulté le 24 août 2021)
- Thomas P. Éditorial. Prévention du suicide : l'évaluation est indispensable [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°3-4, 2019, pp.36-37. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html (consulté le 24 août 2021)
- Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°3-4, 2019, pp.38-47. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html (consulté le 24 août 2021)
- Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017 [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°3-4, 2019, pp.48-54. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_2.html (consulté le 24 août 2021)
- Ha C, Chan-Chee C. Causes associées aux suicides dans les certificats de décès. Analyse des certificats médicaux de décès, France, 2000-2014 [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°3-4, 2019, pp.55-62. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_3.html (consulté le 24 août 2021)
- Gigonzac V, Khireddine-Medouni I, Chan-Chee C, Rey G, Chérié-Challine L. Focus. Étude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des suicides basé sur les données des instituts médico-légaux [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°3-4, 2019, pp.63-4. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_4.html (consulté le 24 août 2021)
- Delézire P, Gigonzac V, Chérié-Challine L, Khireddine-Medouni I. Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017 [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°3-4, 2019, pp.65-73. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_5.html (consulté le 24 août 2021)
- Janssen E, Stanislas S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011 [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°3-4, 2019,

pp.74-82. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html (consulté le 24 août 2021)

- Chan-Chee C, Thomas F, Chareyre L, Mathiot A, Wathier L, Dupas P. Focus. Activité des associations de prévention et aide à distance en santé dans le domaine de la prévention du suicide [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°3-4, 2019, pp.83-86. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_7.html (consulté le 24 août 2021)
- Chan Chee C, Badjadj L. Prise en charge des patients avec troubles anxieux entre 2010 et 2014 dans les établissements ayant une autorisation en psychiatrie en France métropolitaine : analyse des données du RIM-P [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°32-33, 2018, pp.653-661. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_3.html (consulté le 24 août 2021)
- Chan Chee C, Paget LM. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. Rev Epidémiol Santé Publique n°5, volume 65, 2017, pp.349-359.
- Janssen E, Spilka S, Beck F. Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents français en 2014. Rev Epidémiol Santé Publique n°6, volume 65, 2017, pp.409-417.
- Badjadj L, Chan Chee C. Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-P [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°10, 2017, pp.178-185. Disponible sur : https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_recherche/25892/STM/13351_PS_PDF.txt (consulté le 24 août 2021)
- Notredame CE, Pauwels N, Vaïva G., Danel T, Walter M. Peut-on faire du journaliste un acteur de la prévention du suicide ? [en ligne]. L'Encéphale n°5, volume 42, 2016, pp.448-52. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700616300811?via%3Dihub> (consulté le 24 août 2021)
- Fontaine-Gavino K, Manonni C, Boucharlat A, Ynesta S, Ferroud-Plattet B, Chappert JL, *et al.* Suicide et tentatives de suicide en région Rhône-Alpes [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°2-3, 2016, pp.27-34. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/2-3/2016_2-3_2.html (consulté le 24 août 2021)
- Sitbon A, Guignard R, Chan Chee C, du Roscoät E. Pensées suicidaires, tentatives de suicide et violences subies chez les populations sourdes et malentendantes en France. Résultats du Baromètre santé Sourds et malentendants, 2011-2012 [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd n°42-43, 2015, pp.789-795. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/42-43/pdf/2015_42-43_2.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Pradines N. Suicide et tentatives de suicide dans les départements d'outre-mer d'après le Baromètre Santé DOM 2014 [en ligne]. Colloque Adelf-Emois « Système d'information hospitalier et Epidémiologie ». Rev Epidémiol Santé Publique, suppl 1, volume 64, 2016, p.S30. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762016000067> (consulté le 24 août 2021)

- Clavairolly G. L'Observatoire national du suicide étayera une vraie politique de prévention [Interview] [en ligne]. La Santé en action n°427, 2014, pp.44-46. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/140459/2115078> (consulté le 24 août 2021)

- Saïas T, Du Roscoät E, Véron L, Guignard R, Richard JB, Legleye S, *et al.* Psychological distress in French college students: demographic, economic and social stressors. Results from the 2010 National Health Barometer [en ligne]. BMC Public Health. 2014 ;14(256):1-8. Disponible sur : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-256> (consulté le 24 août 2021)
- Husky M, Guignard R, Beck F, Michel G. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. Journal of Affective Disorders. 2013 ; 151(3) : 1059-65.
- Du Roscoät E, Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature [en ligne]. La Santé en action n°422, 2012, pp.4-6. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119594/file/152048_sante-homme-422.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Beck F, Guignard R. La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population par rapport à 2005 [en ligne]. La Santé de l'homme n°421, 2012, pp.7-9. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119615/file/152048_sh-depression.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France [en ligne]. Bull Epidemiol Hebd n°47-48, 2011, pp.487-510. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/336911/2997302> (consulté le 24 août 2021)
- Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 [en ligne]. Bull Epidemiol Hebd n°47-48, 2011, pp.488-492. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/301201/2845436> (consulté le 24 août /2021)
- Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO [en ligne]. Bull Epidemiol Hebd n°47-48, 2011, pp.492-6. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/336911/2997302> (consulté le 24 août 2021)
- Aouba A, Pequignot F, Camelin L, Jouglu E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006 [en ligne]. Bull Epidemiol Hebd n°47-48, 2011, pp.497-500. Disponible sur : [https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_recherche/23183/STM/3\].pdf](https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_recherche/23183/STM/3].pdf) (consulté le 24 août 2021)
- Cohidon C, Rabet G, Caillet E, Imbernon E. Risque suicidaire et activité professionnelle [en ligne]. Bull Epidemiol Hebd n°47-48, 2011, pp.501-504. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/181702/2304730> (consulté le 24 août 2021)
- Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JL. L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945 [en ligne]. Bull Epidemiol Hebd n°47-48, 2011, pp.504-508. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/336911/2997302> (consulté le 24 août 2021)

- Firdion JM, Beck F, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire en France [en ligne]. Bull Epidemiol Hebd n°47-48, 2011, pp.508-510. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/336911/2997302> (consulté le 24 août 2021)
 - Chan Chee C, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France [en ligne]. Santé Publique hors-série, volume 23, 2011, pp.11-29. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-11.html?contenu=article> (consulté le 24 août 2021)
 - Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Risque suicidaire et minorités sexuelles : une problématique récente [en ligne]. Agora n°2, volume 58, 2011, pp.33-46. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-agera-debats-jeunesses-2011-2-page-33.htm> (consulté le 24 août 2021)
 - Chabaud F, Debarre J, Serazin C, Bouet R, Vaiva G, Roelandt JL. Étude des profils de population selon le niveau de risque suicidaire en France : Enquête santé mentale en population générale. L'Encéphale n°3, suppl 1, volume 36, 2010, pp.33-38.
 - Cohidon C, Santin G, Geoffroy Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. Rev Epidemiol Sante Publique n°2, volume 58, 2010, pp.139-150.
- **Communications**
 - Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS). Vidéos des interventions Journée Nationale pour la Prévention du Suicide (JNPS) 2020, Paris [en ligne]. Disponible sur : https://www.unps.fr/les-videos-jnps-a-paris- r_97.html (consulté le 24 août 2021)
 - Munerol L, Baumann C, Beck F, Gautier A, Briançon S. Santé mentale, santé physique et limitation des activités de la vie quotidienne : une étude populationnelle à partir des données du Baromètre Santé 2010 [en ligne]. Poster présenté aux 19es Journées des statisticiens des CLCC, 9-11 mai 2012, Lyon. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119613/file/152048_etude-populationnelle.pdf (consulté le 24 août 2021)
 - Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010, diaporama [en ligne]. INPES, 2012. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119614/file/152048_bs2010-suicide.pdf (consulté le 24 août 2021)
 - **Guides / Recommandations**
 - HAS. Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention, évaluation, prise en charge [en ligne]. 2020. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/reco348_cadrage_tentative_suicide.pdf (consulté le 24 août 2021)



- HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique [en ligne]. 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours (consulté le 24 août 2021)
- Association Centre Jean Bergeret. Focus sur la prévention des conduites suicidaires et du suicide chez les jeunes 12/25 ans. 2014.
- DGS, Micom, Suicide par arme à feu : vous pouvez éviter le pire – Fiche [en ligne]. 2014. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_suicide_par_armes_a_feu_2014.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Comité français d'éducation pour la santé. Prévention primaire du suicide des jeunes. Recommandations pour les actions régionales et locales [en ligne]. 2001. Disponible sur : https://drive.google.com/file/d/1J3WhbutTaCFNAPGPL2Gci7e_P94yKQHn/view (consulté le 24 août 2021)
- Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 19 et 20 octobre 2000. Texte des recommandations [en ligne]. Paris : FFP, 2000. Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/confsuic.html> (consulté le 24 août 2021)
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations pour la pratique clinique [en ligne]. Paris : Anaes, 1998. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicideVF.pdf> (consulté le 24 août 2021)
- Travaux documentaires
 - Veille stratégique de l'Observatoire National du Suicide. L'essentiel de l'actualité documentaire consacrée au suicide [en ligne]. ONS, 2021. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/veille-strategique-de-lobservatoire-national-du-suicide#toc--ann-e-2021> (consulté le 24 août 2021)
 - Carrière M. Recueil numérique sur la thématique du suicide Tome 5 : de 2020 à 2021 [en ligne]. ONS, 2021. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/Tome%205%20de%202020%20%C3%A0%202021.pdf> (consulté le 24 août 2021)
 - Carrière M. Recueil numérique Les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide [en ligne]. ONS, 2020. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/Enjeux%20%C3%A9thiques%20associ%C3%A9s%20%C3%A0%20la%20pr%C3%A9vention%20du%20suicide%20mise%20%C3%A0%20jour%20du%2003-06-20.pdf> (consulté le 24 août 2021)

- Carrière M. Recueil numérique surendettement et suicide (2004-2020) [en ligne]. ONS, 2020. Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-02/2_06_2020_recueil_surendettement_suicide_monique_carriere.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Carrière M. Recueil numérique sur la thématique du suicide Tome 4 : 2019 à 2020 [en ligne]. ONS, 2020. Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-02/08_09_20_recueil_thematique_du_suicide_tome_4_monique_carriere.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Carrière M. Recueil numérique sur la thématique du suicide Tome 3 : 2018 [en ligne]. ONS, 2020. Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-02/02_06_2020_recueil_thematique_du_suicide_tome_3_2018_monique_carriere.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Carrière M. Recueil numérique sur la thématique du suicide Tome 2 : 2015 à 2017 [en ligne]. ONS, 2020. Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-02/02_06_2020_recueil_thematique_du_suicide_tome_2_2015_2017_monique_carriere.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Carrière M. Recueil numérique sur la thématique du suicide Tome 1 : 2008 à 2014 [en ligne]. ONS, 2017. Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-02/recueil_numerique_suicide_tome_1_mise_a_jour_web_du_17_aout_2017_monique_carriere.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Debarre J. Santé mentale et suicide. Synthèse documentaire – actualisation 2014 [en ligne]. ORS Poitou-Charentes, 2015. Disponible sur : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2015/05/SyntSM_15.pdf (consulté le 24 août 2021)

Crescendoc. Suicide : de la prévention à la postvention. Bibliographie [en ligne]. Journée technique départementale ; 11 octobre 2012 ; Blois. Acteurs de la coordination départementale de Loir-et-Cher ; 2012. Disponible sur : http://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2012/documentation/produitsdocumentaires/sante_mentale/biblio_suicide.pdf (consulté le 24 août 2021)

Ressources sur la Guadeloupe

I. Axe 1 - Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances en Guadeloupe

- Santé publique France. Analyse des regroupements syndromiques de Santé mentale - Passages aux urgences du réseau Oscour® et actes médicaux SOS Médecins. Point du 17/08/2021. 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]. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 22p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-dom-2014> (consulté le 24 août 2021)
- Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe. Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin 2ème édition [en ligne]. 2017. Disponible sur : https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/03/ORSaG_D%C3%A9terminants_et_indicateurs_de_sant%C3%A9_Guadeloupe_juillet_2017.pdf (consulté le 23 août 2021)
- Observatoire national du suicide. Données locales – Guadeloupe [en ligne]. Suicide : connaître pour prévenir, dimensions nationales, locales et associatives Deuxième rapport. Février 2016, p.379. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Richard J. B., Pitot S., Cornely V., Pradines N., Beck F. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 Guadeloupe [en ligne]. Saint-Maurice : Santé publique France, 2015, 12p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-dom-2014> (consulté le 24 août 2021)
- Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe. Le suicide en Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy [en ligne]. Octobre 2011. Disponible sur : https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2019/04/ORSaG_Suicide_FT2011.pdf consulté le 23 août 2021)
- Directions de la santé et du développement social de Guadeloupe et Martinique. Approche statistique du suicide en Guadeloupe : Document de travail n°1 (Premiers résultats de l'enquête réalisée auprès des services d'urgence en 2007). Janvier 2008.
- Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe. Le suicide en Guadeloupe [en ligne]. Mars 2007. Disponible sur : https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2019/04/ORSaG_Les_suicides_TDB2007.pdf (consulté le 31 août 2021)

II. Axe 2 - Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants en Guadeloupe

- Astraud L.-P., Jollant F. Trente ans de recherche en suicidologie en France : une étude bibliométrique. L'Encéphale n°3, Volume 47, juin 2021, pp.195-202.
- Leduc A., Deroyon T., Rochereau T., Renaud A. Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019, Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte [en ligne]. Les dossiers de la DREES n°78, avril 2021. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD78_0.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Audoux L., Mallemanche C. Dans les DOM, une insatisfaction plus fréquente vis-à-vis des conditions matérielles amoindrit la satisfaction dans la vie [en ligne]. Données chiffrées. Insee Focus n°220, décembre 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4995323> (consulté le 24 août 2021)
- Carrasco V, Guignon N. Un lien complexe entre tentatives de suicide, pensées suicidaires et blessures auto-infligées [en ligne]. La santé mentale des adolescents de 3ème en 2017 - Apport d'un auto-questionnaire dans l'enquête nationale de santé scolaire. Les dossiers de la DREES n°65, septembre 2020, pp.14-16. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD65.pdf> (consulté le 24 août 2021)
- Gelu-Siméon M., Chuong A.P., Saliba F., Thierry G., Laurent M., Vilain C., *et al.* Hématome sous-muqueux : un nouveau signe distinctif lors d'une endoscopie digestive haute en urgence pour ingestion d'ammoniac. BMC Gastroentérol n°18, juin 2018, p.92.
- Ganem V., Gaignard L. Obéissance et suicide. Le cas de la Guadeloupe. Le Carnet Psy n°211, 2017, pp.22-31.
- Boucaud-Maitre D, Ferracci S, Pelczar S. Quels sont les facteurs pronostiques de recours des urgentistes aux centres antipoison et de toxicovigilance ? Étude rétrospective de cohorte en Guadeloupe entre 2013 et 2015. Toxicologie Analytique et Clinique n°3, Volume 29, September 2017, pp.251-256.
- Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe. Santé mentale en population générale en Guadeloupe : Images et réalités 2014 [en ligne]. Mars 2017. Disponible sur : https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/03/ORSaG_sante_mentale_en_generale_en_guadeloupe_images_et_realites_sectorisation_pshychiatriquesamrs_2017.pdf (consulté le 24 août 2021)
- Pulce C., Langrand J., Boels D., Nisse P., Pineau X., Puskarczyk E., *et al.* Expositions aux rodenticides à base d'alphachloralose (AC) : étude rétrospective des observations enregistrées par les centres antipoison (CAPTV) français de 1999 à 2012 [en ligne]. Toxicologie Analytique et Clinique n°2, Supplément, volume 27, juin 2015, pp.S17-S18. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352007815000426> (consulté le 24 août 2021)
- Beyssac L. Intoxication au chloralose : évaluation rétrospective aux urgences adultes et pédiatriques du CHU de Pointe-à-Pitre de janvier 2009 à décembre 2012. Toxicologie Analytique et Clinique n°1, volume 26, April 2014, pp.46-50.



- Slama F., Merle S., Ursulet G., Charles-Nicolas A., Ballon N. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among Caribbean people in the French West Indies [Prévalence et facteurs de risque des tentatives de suicide au cours de la vie chez les Caribéens aux Antilles françaises]. *Psychiatry Research* n°2-3, volume 190, décembre 2011, pp.271-274.
- Orgaër C. Intoxications aiguës graves à l'aldicarbe en Guadeloupe : depuis son interdiction : années 2004 à 2008 [Thèse]. Médecine : Université des Antilles et de la Guyane ; 2008.
- Eynaud M., Casse R., Dellas B., Plénet J., Didier P., Girard B., *et al.* La santé mentale en Guadeloupe : résultats préliminaires de l'étude « La santé mentale en population générale : images et réalités ». *L'Information Psychiatrique* n°3, 2000, pp.293-8.
- Germain G. Expérience de la tentative de suicide chez l'adolescent, dans un service de pédiatrie de l'île de la Guadeloupe [Thèse]. Médecine : Université de Montpellier ; 1998.
- Ragoucy-Sengler C., Pileire B. Survival after paraquat poisoning in a HIV positive patient [Survie après intoxication au paraquat chez un patient séropositif]. *Hum Exp Toxicol* n°5, volume 15, 1996, pp.286-288.
- Gleyroux S. Tentatives de suicide : à propos de 291 cas, CHU de Pointe-à-Pitre [Thèse]. Médecine : Université de Bordeaux II ; 1996.
- Ragoucy-Sengler C, Pileire B. A biological index to predict patient outcome in paraquat poisoning [Un indice biologique pour prédire les résultats des patients dans l'empoisonnement au paraquat]. *Hum Exp Toxicol* n°3, volume 15, 1996 Mar, pp.265-268.
- Arnaud JP, Nguyen J, Sibille G. Intoxications aiguës chez l'enfant en Guadeloupe. 10 ans d'activité dans un service de pédiatrie générale. *Bull Soc Pathol Exot Filiales*. 1987 ; 80(4):689-97.

III. Axe 3 - Représentations et facteurs culturels en Guadeloupe

- Brown C., Hambleton I, Sobers-Grannum N, Hercules S, Unwin N, Harris N, *et al.* Social determinants of depression and suicidal behaviour in the Caribbean : a systematic review [en ligne]. *BMC Public Health* n°17, 2017, p.577. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5472962/>
- Simek N. Freud postcolonial : la psychanalyse aux Antilles françaises. *Psychoanal Hist* n°2, volume 13, 2011, pp.227-243.
- Metregiste D, Boucaud-Maître D, Aubert L, Noubou L, Jehel L. Facteurs explicatifs de la détresse post-traumatique et du burn-out chez le personnel hospitalier 6 mois après le cyclone Irma à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. *PLoS One* n°3, volume 15, 10 mars 2020, p.e0229246.
- Eynaud M. Histoire des représentations de la santé mentale aux Antilles. La migration des thérapeutes [en ligne]. *L'information psychiatrique* n°1, volume 91, 2015. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-1-page-66.htm> (consulté le 24 août 2021)

- Joly P, Taïeb O, Abbal T, Baubet T, Moro MR. Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe [en ligne]. La psychiatrie de l'enfant n°2, volume 48, 2005. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2005-2-page-537.htm> (consulté le 24 août 2021)
- Benoist J. La recherche épidémiologique en santé mentale aux Antilles : vers une mise en perspective anthropologique. L'information psychiatrique, n°10, volume 79, 2003, pp.879-886.

IV. Axe 4 - Environnement sanitaire en Guadeloupe

- ORSaG. Profil socio-sanitaire de la Guadeloupe. 2021. (non publié)
- Association Amalgame Humanis. Prévention Suicide 971. La ligne d'écoute anti-Suicide en Guadeloupe [en ligne]. Disponible sur : <https://prevention-suicide971.org/> (consulté le 23 août 2021)
- Berrouiguet S. Santé connectée et prévention du suicide : vers une aide à la décision [Thèse en ligne]. Informatique : Université de Bretagne Loire ; 2018. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02134184/document> (consulté le 24 août 2021)
- Jean-Baptiste C. Le risque suicidaire en Guadeloupe : Quelle réalité en population générale ? Quelles stratégies de prévention ? [Thèse en ligne]. Médecine : Université des Antilles ; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01543501/document> (consulté le 23 août 2021)
- Eynaud M. Quinze ans d'apolitique de santé mentale La Guadeloupe, laboratoire de la régression comptable ? [en ligne]. L'information psychiatrique n°8, volume 91, 2015, pp.641-644. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-8-page-641.htm> (consulté le 23 août 2021)
- Racon P. Phénomènes suicidaires chez l'adolescent guadeloupéen : approche clinique et psychopathologique de la tentative de suicide : prévention et prise en charge [Thèse]. Psychologie clinique : Université de Picardie ; 2010.
- ORSaG. La psychiatrie hospitalière en Guadeloupe. Dossier thématique [en ligne]. 2008. Disponible sur : https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2019/04/ORSaG_La_psychiatrie_hospitaliere_TDB2008.pdf (consulté le 23 août 2021)
- ORSaG. Les professionnels de santé en Guadeloupe. Dossier thématique [en ligne]. 2007. Disponible sur : https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2019/04/ORSaG_Les_professionnels_de_sante_TDB2007.pdf (consulté le 23 août 2021)

Ressources sur la Guyane

I. Axe 1 - Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances en Guyane

- Santé Publique France. Bulletin de santé publique (BSP) Guyane. Conduites suicidaires et actions préventives en Guyane [en ligne]. 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)
- Centre Hospitalier de Cayenne. Centres Délocalisés de Prévention et de Santé (CDPS) 2019, Guyane [en ligne]. Disponible sur : http://www.ch-cayenne.fr/IMG/pdf/plaquette_cdps_2019.pdf (consulté le 17 juin 2021)
- Santé publique France. Bulletin de santé publique Hauts-de-France. Données issues d'Oscour® [en ligne]. Février 2019. Disponible sur : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-02/BSP_ConduitesSuicidaires_Hauts%20de%20France.pdf (consulté le 15 juin 2021)
- Surveillance syndromique - SURSAUD®. Réseau OSCOUR® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences. Couverture du réseau OSCOUR® en France au 1er septembre 2014 [en ligne]. Juillet 2019. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences> (consulté le 15 juin 2021)
- Convention constitutive du Conseil Intercommunal de Santé Mentale de la Communauté d'Agglomération du Centre Littoral [en ligne]. Juillet 2018, p.14. Disponible sur : <https://www.cacl-guyane.fr/lagglo/politique-publique/conseil-intercommunal-de-sante-mentale/> (consulté le 22 juin 2021)
- Agence Régionale de la Santé (ARS) de Guyane. Signature de la convention du Conseil Intercommunal en Santé Mentale (CISM) entre la CACL et l'ARS [en ligne]. Juillet 2018. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/index.php/signature-de-la-convention-du-conseil-intercommunal-en-sante-mentale-cism-entre-la-cacl-et-lars> (consulté le 21 juillet 2021)
- Robert M., Paget L.-M., Léon C., Sitbon A., Du Roscoät E., Chan Chee C. Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale [en ligne]. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 22p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-dom-2014> (consulté le 23 juin 2021)
- Chan Chee C., Paget L.-M. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide [en ligne]. Rev Epidémiol Santé Publique n°65, 2017, pp.349-359. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762017304510> (consulté le 21 juillet 2021)

- Observatoire national du suicide. Suicide : connaître pour prévenir, dimensions nationales, locales et associatives [en ligne]. Deuxième rapport. Février 2016, 479p. Disponible sur : <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/publications-documents-de-reference/rapports/suicide-connaître-pour-prévenir-dimensions-nationales> (consulté le 23 juin 2021)
- Centre Hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon (CHAR). Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) de la Guyane - Bilan d'activité des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins. 2015, pp.46-48.
- Richard J.-B., Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014 [en ligne]. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé territoires, 2015, 16p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/methode-d-enquete-du-barometre-sante-dom-2014> (consulté le 23 juin 2021)
- Ardillon V. Le réseau de médecins sentinelles en Guyane. Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane. 2008, p.5.
- Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG) La santé des étudiants en Guyane – Enquête réalisée en 2006. 74p.
- Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG), La santé des adolescents - Enquête réalisée en milieu scolaire en 2003. 2005, 225p.
- Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG), La santé des jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle [s.d].

II. Axe 2 - Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants en Guyane

- Observatoire des inégalités. DOM : des inégalités de revenus et une pauvreté très élevées [en ligne]. 10 juin 2021. Disponible sur : https://www.inegalites.fr/DOM-des-inegalites-de-revenus-et-une-pauvrete-tres-eleves?id_theme=25 (consulté le 4 août 2021)
- 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)
- Gardel C., Blondel J., Yvin P., Blemont P. Renforcement de l'offre de soins en Guyane [en ligne]. Inspection Générale des Affaires Sociales. 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)
- Kim AM. Alcohol consumption and suicide rate : A cross-sectional analysis in 183 countries. Psychiatry Res. 2021 Jan;295:113553. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113553. Epub 2020 Nov 5.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. La contagion suicidaire [en ligne]. Janvier 2021. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-contagion-suicidaire> (consulté le 23 août 2021)



- Santé Publique France. Bulletin de santé publique (BSP) Guyane. Conduites suicidaires et actions préventives en Guyane [en ligne]. 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)
- Cratère F. Enquête Emploi Continu en Guyane : Quatre Guyanais sur dix âgés de 15 à 64 ans occupent un emploi [en ligne]. Insee Flash n°126, avril 2020, 2p. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4479275> (consulté le 4 août 2021)
- Cratère F. La Guyane, une région jeune et cosmopolite [en ligne]. Insee Analyses Guyane n°35, janvier 2019. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3695893#encadre1> (consulté le 24 août 2021)
- Kluge, U., Rapp, M.A., Mehran, N. *et al.* Armut, Migration und psychische Gesundheit. *Nervenarzt* n°90, 2019, pp. 1103–1108. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31559479/> (consulté le 4 août 2021)
- Van Melle, A., Cropet, C., Parriault, MC. *et al.* Renouncing care in French Guiana: the national health barometer survey. *BMC Health Serv Res* n°19, 2019, p.99. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3895-6>. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30728033/> (Consulté le 28 juillet 2021)
- Sangalang, C.C., Becerra, D., Mitchell, F.M. *et al.* Trauma, Post-Migration Stress, and Mental Health: A Comparative Analysis of Refugees and Immigrants in the United States. *J Immigrant Minority Health* n°21, 2019, pp. 909-919. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30244330/> (consulté le 3 août 2021)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Taux de létalité estimative des pesticides couramment utilisés [en ligne]. In : *La prévention du suicide : indications pour les services d'homologation et de réglementation des pesticides*, 2019, 36p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328769> (consulté le 20 août 2021)
- Sénat. Rapport n° 205 (2018-2019) de Mme Martine BERTHET, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 13 décembre 2018 : Proposition de loi visant à sécuriser l'exercice des praticiens diplômés hors Union européenne [en ligne]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/l18-205/l18-205_mono.html#toc95 (consulté le 23 août 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, pp 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, pp.7034-7038. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30402871/> (consulté le 3 août 2021)

- Hynie M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. Canadian journal of psychiatry [en ligne]. Revue canadienne de psychiatrie n°5, volume 63, pp.297-303. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29202665/> (consulté le 3 août 2021)
- Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Les usages de drogues parmi les lycéens de Guyane - Résultats de l'enquête ESPAD 2015 [en ligne]. Juillet 2018, 16p. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-usages-de-drogues-parmi-les-lyceens-de-guyane-resultats-de-lenquete-espad-2015/> (consulté le 4 août 2021)
- Elenga N, Merlin C, Le Guern R, Kom-Tchameni R, Ducrot YM, Pradier M, Ntab B, Dinh-Van KA, Sobesky M, Mathieu D, Dueymes JM, Egmann G, Kallel H, Mathieu-Nolf M. Clinical features and prognosis of paraquat poisoning in French Guiana: A review of 62 cases [en ligne]. Medicine (Baltimore) n°15, volume 97, 2018 Apr, p.e9621. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5908553/> (consulté le 16 août 2021)
- Baert X., Charrier R., Kempf N. L'accès aux soins à l'épreuve des grands espaces guyanais [en ligne]. 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 May 2, p.156. doi : 10.1186/s12888-017-1320-4. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28464856/> (Consulté le 28 juillet 2021)
- Robert M., Paget L.-M., Léon C., Sitbon A., Du Roscoät E., Chan Chee C. Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale [en ligne]. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 22p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-dom-2014.-sante-mentale> (consulté le 4 août 2021)
- Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, Conner KR, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. Psychol Med. 2017 Apr ; 47(5) : 949-957. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>
- 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, pp.20-31. Disponible sur : <http://www.psycause.info/suicide-chez-amerindiens-3-articles-psy-cause-n74/> (consulté le 13 août 2021)
- Charrier R. Synthèse démographique de la Guyane : une démographie toujours dynamique [en ligne]. Insee Flash Guyane n°57, janvier 2017, 2p. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2559184#titre-bloc-10> (consulté le 4 août 2021)
- Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [en ligne]. Mars 2016, 72 p. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554> (consulté le 13 août 2021)
- Pradines N. Suicide et tentatives de suicide dans les départements d'outre-mer d'après le Baromètre Santé DOM 2014. Rev Épidémiologie Santé Publique. Mars 2016 ; 64:S30.

- Sénat. Augmentation importante des demandes d'asile en Guyane : Réponse du Secrétariat d'État, auprès du ministère des affaires étrangères et du développement international, chargé des affaires européennes [en ligne], Journal officiel Sénat du 27 janvier 2016, 693p. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2015/qSEQ15101286S.html> (consulté le 16 août 2021)
- Carde E., Discriminations et accès aux soins en Guyane française. Montréal : Presses de l'université de Montréal, 2016, 228 p.
- Jehel L, Howard N, Pradem M, Simchowitzy 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)
- Valmy L., Gontier B., Parriault M.C. *et al.* Prevalence and predictive factors for renouncing medical care in poor populations of Cayenne, French Guiana [en ligne]. *BMC Health Serv Res* n°16, 2015. Disponible sur : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1284-y> (consulté le 4 août 2021)
- Nacher M., Basurko C., Gontier B. Etude CAP ACSES : difficultés d'accès aux soins & droit à la santé des populations vivant dans les quartiers défavorisés de l'île de Cayenne [en ligne]. Centre d'Investigation Clinique Antilles – Guyane, CIC 1424 Inserm / DGOS, février 2015, 145p. Disponible sur : https://ors-guyane.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=412
- Jolivet A. Migration, santé et soins en Guyane [Thèse en ligne]. *Epidémiologie sociale* : Université de Paris ; 2014. Disponible sur : http://www.iplep.upmc.fr/eres/files/Thse_Anne_Jolivet_rduite.pdf (consulté le 3 août 2021)
- Ville M., Brousse P. Centres délocalisés de prévention et de soins : une approche pour les territoires isolés de Guyane [en ligne]. *La santé en action* n°428, juin 2014, pp.36-38. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/article/2014/centres-delocalises-de-prevention-et-de-soins-une-approche-pour-les-territoires-isoles-de-guyane> (consulté le 13 août 2021)
- Carde E. Les uns et les autres en Guyane : le jeu des identités ethniques sur la scène de l'accès aux soins. *Anthropologie et sociétés* n°37, 2013, pp.251-268. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/as/2013-v37-n3-as01306/1024089ar/> (consulté le 4 août 2021)
- Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG). La santé des étudiants en Guyane – Enquête réalisée en 2006 [s.d]. 74p.
- Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG). La santé des jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle : enquête réalisée en 2005 [s.d].
- Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG). La santé des adolescents - Enquête réalisée en milieu scolaire en 2003. 2005, 225p.

III. Axe 3 - Représentations et facteurs culturels en Guyane

- Anakesa A. Les Bushinengé, Nèg Mawon de Guyane [en ligne]. 2019. Disponible sur : <https://hal.univ-antilles.fr/hal-01969598/document> (consulté le 17 août 2021)
- Pradem M. « J'ai cette peur de disparaître » : le suicide des autochtones de Guyane, complexe injonction à réfléchir autrement [n ligne]. *Psy Cause*, n°74, janvier-avril 2017, pp.20-31. Disponible sur : <http://www.psycause.info/suicide-chez-amerindiens-3-articles-psy-cause-n74/> (consulté le 13 août 2021)
- Apouyou B. Le suicide au sein de la communauté Bushinengue. *In Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide*, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p.81.
- Grand-bois N. Regard sur la tentative de suicide et le suicide chez les Créoles en Guyane. *In Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide*, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p.83-86.
- Wyngaarde B. Le suicide au sein de la communauté amérindienne de Guyane. *In Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide*, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p.77-79.
- Marotte C. Le suicide dans la culture haïtienne traditionnelle. *In Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide*, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p.65-68.
- Grenand, P., Moretti, C., Jacquemin, H., & Prévost, M. (Eds.). Le remède créole : Une approche de la médecine créole guyanaise [en ligne]. *In Pharmacopées traditionnelles en Guyane : Créoles, Wayãpi, Palikur*. IRD Éditions, 2004. Disponible sur : <https://books.openedition.org/irdeditions/20318> (consulté le 31 août 2021)
- Urena Rib P. Les jeunes de la Guyane et la pluri-ethnicité [en ligne]. *Hermès*, n°32-33, 2002, pp.69-81. Disponible sur : <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/14361> (consulté le 18 août 2021)
- Fleury, M. Transmission des savoirs et modernité en Guyane française : les savoirs traditionnels sont-ils condamnés ? [en ligne]. *In Fleurentin, Jacques, et al. Des sources du savoir aux médicaments du futur*. Marseille : IRD Éditions, 2002, pp.140-143. Disponible sur : <http://books.openedition.org/irdeditions/7216> (consulté le 18 août 2021)
- Dorangeon E., Moretti C. Enquêtes sur les intoxications par les plantes en Guyane française : aspects ethnobotaniques et médicaux [en ligne]. *In Fleurentin J., Pelt J.M., Mazars G., Lejosne J.C., Cabalion P. Des sources du savoir aux médicaments du futur : actes du 4e congrès européen d'ethnopharmacologie Paris ; Metz : IRD ; SFE, p.358-361*. Disponible sur : https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-03/010030513.pdf (consulté le 18 août 2021)

IV. Axe 4 - Environnement sanitaire en Guyane

- 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)
- Guyane Promo Santé (GPS). Le programme Bien-Être des Populations de l'Intérieur de Guyane [en ligne]. 17 juin 2021. Disponible sur : <http://gps.gf/blog/le-programme-bien-etre-des-populations-de-linterieur-de-guyane/> (consulté le 18 juin 2021)
- Agence Régionale de la Santé (ARS) de Guyane. Programme « Bien-être des populations de l'intérieur » de Guyane (BEPI) [en ligne]. Mars 2021. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/programme-bien-etre-des-populations-de-linterieur-de-guyane-bepi-0> (consulté le 24 juin 2021)
- Santé Publique France. Bulletin de santé publique (BSP) Guyane. Conduites suicidaires et actions préventives en Guyane [en ligne]. 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)
- Ministère des solidarités et de la santé. Instruction no DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide [en ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0124.pdf (consulté le 21 juin 2021)
- Ministère des solidarités et de la santé. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Action 6 : Mettre à disposition des agences régionales de santé, un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide [en ligne]. 2018, p.11. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018> (consulté le 21 juin 2021)
- Agence Régionale de la Santé (ARS) de Guyane. Schéma Régional de la Santé (SRS) 2018-2022. Parcours à mettre en œuvre en Guyane [en ligne]. 2018, p.36. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/publication-du-projet-regional-de-sante-prs-guyane-2018-2028> (consulté le 24 juin 2021)
- Bureau d'étude Regards Santé. Rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé de Guyane, 2011-2015. Agence Régionale de Santé (ARS) de Guyane, Décembre 2017. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-02/PRS%201%20Rapport%20final%20d%27%C3%A9valuation%20PRS1.pdf> (consulté le 15 juillet 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, 167p.

- 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)

Ressources sur la Martinique

I. Axe 1 - Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances en Martinique

- Santé publique France (SPF). Conduites suicidaires [en ligne]. Bulletin de santé publique Martinique. Santé publique France, mars 2019. Disponible sur : <https://santepubliquefrance.fr/content/download/128211/1953681> (consulté le 30 juillet 2021)
- Carmelo D, Lamy S, Charles-Nicolas A, Pascal N, Jehel L. Les tentatives de suicide chez les jeunes âgés de 11 à 18 ans, dans les services d'urgence et de réanimation du centre hospitalier universitaire de la Martinique [en ligne]. Hors-série 1 – 6ème Congrès Français de Psychiatrie – Nice, novembre 2014. European Psychiatry n°8, volume 29, 2014, p.601. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933814003988> (consulté le 30 juillet 2021)

II. Axe 2 - Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants en Martinique

- Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence [en ligne]. 3e rapport. Paris : DREES ; 2018. 221p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf> (consulté le 30 août 2021)
- Observatoire national du suicide. Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français : Résultats des enquêtes ESCAPAD 2014 et ESPAD 2015 [en ligne]. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3e rapport. Paris : DREES, 2018, pp.172-180. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/fiche3-10.pdf> (consulté le 30 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]. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 22p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-dom-2014.-sante-mentale> (consulté le 4 août 2021)
- Observatoire de la santé (ORS) de Martinique. Insertion sociale et professionnelle des jeunes en Martinique [en ligne]. Focus santé, comportements à risque, Avril 2016, 13p. Disponible sur : <https://martinique.drjscs.gouv.fr/spip.php?article341> (consulté le 30 août 2021)

- Observatoire national du suicide. Tentatives de suicide et pensées suicidaires déclarées dans le Baromètre santé des départements d'outre-mer en 2014 [en ligne]. In Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : DREES, 2016, pp.440-446. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ons2016_fiche5.pdf (consulté le 30 août 2021)
- Ehrhardt J. Étude POSTA : Tome II : les médecins généralistes face au suicide en Martinique [Thèse en ligne]. Médecine humaine et pathologie : Université des Antilles et de la Guyane ; 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01308503/document> (consulté le 30 juillet 2021)
- Carmelo D, Lamy S, Charles-Nicolas A, Pascal N, Jehel L. Les tentatives de suicide chez les jeunes âgés de 11 à 18 ans, dans les services d'urgence et de réanimation du centre hospitalier universitaire de la Martinique [en ligne]. European Psychiatry. Cambridge University Press n°S3, volume 29, 2014, p.601. Disponible sur : <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/abs/les-tentatives-de-suicide-chez-les-jeunes-ages-de-11-a-18-ans-dans-les-services-durgence-et-de-reanimation-du-centre-hospitalier-universitaire-de-la-martinique/47FE0B923387B35A43901FFA669A4715> (consulté le 30 août 2021)
- Slama F, Merle S, Ursulet G, Charles-Nicolas A, Ballon N. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among Caribbean people in the French West Indie [en ligne]. Psychiatry Research n°2-3, volume 190, 2011, pp.271-274. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178111005798> (consulté le 30 août 2021)
- Ben Abdallah F. Les tentatives de suicide à la Martinique : étude épidémiologique des observations recueillies en 1993 [Thèse]. Médecine : Université de Nancy I ; 1994.

III. Axe 3 - Représentations et facteurs culturels en Martinique

- Castex J-O. Étude ReSCU-M/ML : représentation sociale du suicide chez les médecins libéraux en Martinique. Médecine humaine et pathologie [en ligne]. Université des Antilles ; 2018, 124 p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01896017> (consulté le 30 août 2021)
- Massé R. Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique [en ligne]. Sciences Sociales et Santé, 2001 19-1, pp. 45-74. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2001_num_19_1_1512 (consulté le 30 août 2021)

IV. Axe 4 - Environnement sanitaire en Martinique

- Conférence sur la prévention du suicide "Espoir, mode d'emploi" avec l'équipe de Vigilans du CHU de Lille et du CHU de Martinique [en ligne]. Centre Hospitalier Universitaire de Martinique, 17 décembre 2019. Disponible sur : <https://www.facebook.com/CHUM972/videos/conf%C3%A9rence-sur-la-pr%C3%A9vention-du-suicide-espoir-mode-demploi-avec-l%C3%A9quipe-de-vigi/2558671941043617/?extid=SEO----> (consulté le 20 août 2021)
- Schéma régional de Santé (SRS) 2018-2022 Martinique [en ligne]. Fort de France : ARS Martinique, 2018. Disponible sur : https://www.prs-martinique.ars.sante.fr/system/files/2018-08/ARS18_PRS_SRS_A4_V12BD_1.pdf (consulté le 20 août 2021)
- Axe 1 - Améliorer l'état de santé, renforcer la prévention, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé [en ligne]. Les 5 axes de la Stratégie Santé Outre-Mer pour La Martinique. Fort de France : ARS Martinique, 2017. Disponible sur : <https://www.martinique.ars.sante.fr/media/4036/download> (consulté le 20 août 2021)
- INSERM. APSOM Algorithme de prévention du suicide en Outre-Mer [en ligne]. CHU Martinique, 2017. Disponible sur : https://urml-m.org/wp-content/uploads/2017/06/PreventionSuicide_2017.pdf (consulté le 20 août 2021)
- Pr Jehel L. Propositions pour améliorer les Urgences Médico-Psychologiques au CHU-Martinique [en ligne]. Journées territoriales de réflexion sur la Santé en Martinique, « Santé mentale : que faire aujourd'hui ? », 10 mars 2017, Martinique. Collectivité territoriale de Martinique, 2017. Disponible sur : <https://www.collectivitedemartinique.mq/wp-content/uploads/2017/03/JEHEL-Urgence-et-psychiatrie-CTM-2017-03-10.pdf> (consulté le 20 août 2021)
- Ministère des Outre-mer, Ministère de la Santé. La stratégie de santé pour les outre-mer. Feuille de route régionale Martinique [en ligne]. 2016. Disponible sur : https://peidd.fr/IMG/pdf/stratom-feuille_route_martinique240516.pdf (consulté le 20 août 2021)
- Ambroisine JK. Réseau suicide en Martinique : la place des médecins généralistes [Thèse en ligne]. Médecine humaine et pathologie : Université des Antilles et de la Guyane ; 2016, 144p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01401104/document> (consulté le 20 août 2021)
- Jehel L, Emmanuel D, Lenca P, Kopp-Bigault C. The ReSCU-M study: Comprehension of suicide social representation in Martinique Island. Perspective for prevention and communication strategies. International Association for Suicide Prevention Caribbean Regional Symposium (IASP), May 2019, Trinidad, Trinidad and Tobago.
- Vacher E. Étude POSTA : Tome I : vers la prévention active et communautaire du suicide en Martinique [Thèse en ligne]. Psychiatrie et santé mentale : Université des Antilles et de la Guyane ; 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01314114/document> (consulté le 30 juillet 2021)

Ressources sur Mayotte

I. Axe 1 - Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances à Mayotte

- Agence Régionale de Santé (ARS) de Mayotte. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) 2019 [en ligne]. ARS de Mayotte ; 2020. Disponible sur : https://www.mayotte.ars.sante.fr/system/files/2020-11/ARS_STRATISS_2019_def_HD.pdf (consulté le 20 août 2021)
- Surveillance syndromique - SURSAUD®. Réseau OSCOUR® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences. Couverture du réseau OSCOUR® en France au 1er septembre 2014 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences> (consulté le 15 juin 2021)
- Balicchi J. La mortalité à Mayotte entre 2013 et 2015 [en ligne]. ARS Océan Indien ; 2018. Disponible sur : https://www.arsoi-notresante.fr/system/files/fields/cards/documents/m1-mortalite-2013_2014_2015_0.pdf?download=1 (consulté le 20 août 2021)
- Balicchi J. La mortalité à Mayotte entre 2012 et 2014 [en ligne]. ARS Océan Indien ; 2018. Disponible sur : https://www.arsoi-notresante.fr/system/files_force/fields/cards/documents/m1-mortalite-2012_2013_2014_0.pdf?download=1 (consulté le 20 août 2021)

II. Axe 2 - Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants à Mayotte

- Charbonnier C, Massoubre C, Szekely D, Airault R. Psychopathologies rencontrées sur l'île de Mayotte entre 1998 et 2004 [en ligne]. L'Encéphale n°2, volume 34, 2008, pp.123-31. Disponible sur : <https://www.encephale.com/content/download/86895/1492046/version/1/file/main.pdf> (consulté le 6 août 2021)
- Thibault P, Merceron S, Balicchi J. Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer. Enquête Santé DOM en 2019 [en ligne]. INSEE Analyses Mayotte n°29, 2021, pp.1-4. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5409598> (consulté le 6 août 2021)

III. Axe 3 - Représentations et facteurs culturels à Mayotte

- Enjeux et risques à l'adolescence dans l'Océan Indien. Le phénomène du suicide dans les îles de La Réunion, Maurice, Mayotte, à Pondichéry, Paris et sa banlieue. Éditions l'Harmattan; 2016.

IV. Axe 4 - Environnement sanitaire à Mayotte

- De Brito Amaral L, Permal, S. Différences de travail en psychologie clinique entre Mayotte et la France métropolitaine avant et pendant la phase COVID19. Psychologie Clinique. 2020 ;(50) :190-9.
- Ministère des solidarités et de la santé. Instruction no DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide [en ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0124.pdf (consulté le 21 juin 2021)
- Ministère des solidarités et de la santé. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Action 6 : Mettre à disposition des agences régionales de santé, un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide, p.11 [en ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018> (consulté le 21 juin 2021)
- Agence Régionale de Santé (ARS) Océan Indien. Cadre d'Orientations Stratégiques (COS) Réunion - Mayotte 2018-2028 [en ligne]. Saint-Denis : ARS Océan Indien ; 2018. Disponible sur : https://www.mayotte.ars.sante.fr/system/files/2019-11/ARS_OI_PRS2_COS_VD_0.pdf (consulté le 6 août 2021)
- Schéma de Santé (SRS) 2018-2023 Volet 3 : Mayotte [en ligne]. Saint-Denis : ARS Océan Indien ; 2018. Disponible sur : https://www.mayotte.ars.sante.fr/system/files/2019-11/ARS-OI_PRS%20-SRS%20VOLET%203%20MAYOTTE_VD.pdf (consulté le 6 août 2021)
- Agence Régionale de Santé (ARS) Océan Indien. Synthèse du diagnostic de santé partagé. Projet de Santé La Réunion-Mayotte 2018-2028 [en ligne]. Saint-Denis : ARS Océan Indien ; juin 2017. Disponible sur : https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Synth%C3%A8se%20du%20diagnostic%20de%20sant%C3%A9%20partag%C3%A9_Juin%202017_1.pdf (consulté le 6 août 2021)

Ressources sur La Réunion

I. Axe 1 - Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances à La Réunion

- Louacheni C. Indicateurs des suicides et tentatives de suicide à La Réunion [en ligne]. Colloque JNPS 2020 "Bien être et mal être psychologiques chez les seniors", 21 février 2020, Université du Tampon (Ile de La Réunion). SOS Solitude. Disponible sur : <https://www.facebook.com/sossil974/videos/2326834290668426/> (consulté le 30 juillet 2021)
- Santé publique France (SPF). Conduites suicidaires [en ligne]. Bulletin de santé publique La Réunion. Santé publique France ; 2019. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/60833/1196060> (consulté le 30 juillet 2021)
- Louacheni C. La santé mentale à La Réunion [en ligne]. Tableau de bord. Saint-Denis : ORS Océan Indien ; 2019. Disponible sur : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/orsoi_tb_sante_mentale_reunion_2019.pdf (consulté le 30 juillet 2021)
- Bardot M. La santé des jeunes à La Réunion [en ligne]. Tableau de bord. Saint-Denis : ORS Océan Indien ; 2019. https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/orsoi_tb_sante_jeunes_reunion_2019.pdf (consulté le 30 juillet 2021)
- Louacheni C, Ricquebourg M. Petite enfance, enfance et adolescence à La Réunion [en ligne]. Tableau de bord. Saint-Denis : ORS Océan Indien ; 2019. Disponible sur : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/orsoi_tb_epe_reunion_2019_web.pdf consulté le 30 juillet 2021)
- Observatoire National du Suicide (ONS). Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3e rapport [en ligne]. Paris : Observatoire national du suicide ; 2018. 221p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf> (consulté le 30 juillet 2021)
- Plateforme d'Information des Etudes en Santé (PIES). Situation sanitaire Réunion et Mayotte. Document intermédiaire [en ligne]. Saint-Denis : ARS Océan Indien, 2017, 169p. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/5-PRS%20%20DIAGNOSTIC%20Situation%20sanitaire%20R%C3%A9union%20et%20Mayotte-Janvier%202017_0.pdf (consulté le 30 juillet 2021)
- Robert M., Paget L.-M., Léon C., Sitbon A., Du Roscoät E., Chan Chee C. Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale [en ligne]. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 22p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-dom-2014> (consulté le 23 juin 2021)

- Pradines N. Suicide et tentatives de suicide dans les départements d'outre-mer d'après le Baromètre Santé DOM 2014. Poster présenté au Colloque Adelf-Emois « Système d'information hospitalier et Epidémiologie » [en ligne]. Rev Epidémiol Santé Publique suppl 1, volume 64, 2016, p.S30. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762016000067> (consulté le 30 juillet 2021)
- Louacheni C. La santé mentale des Réunionnais. Exploitation régionale du Baromètre santé Dom 2014 [en ligne]. Rapport. Saint-Denis : ORS Réunion ; 2016. Disponible sur : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/etu_sante_mentale_2016.pdf (consulté le 30 juillet 2021)
- Observatoire National du Suicide (ONS). Suicide : connaître pour prévenir, dimensions nationales, locales et associatives [en ligne]. Deuxième rapport. Février 2016, 479p. Disponible sur : <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/publications-documents-de-reference/rapports/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales> (consulté le 23 juin 2021)
- Observatoire National du Suicide (ONS). Données locales [en ligne]. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : DREES ; 2016. Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-02/ons2016_donneslocales.pdf (consulté le 30 juillet 2021)
- Observatoire National du Suicide (ONS). Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport [en ligne]. Synthèse. Paris : DREES ; 2016. Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-02/ons2016_synthese.pdf (consulté le 30 juillet 2021)
- Richard J.-B., Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014 [en ligne]. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé territoires, 2015 : 16p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/methode-d-enquete-du-barometre-sante-dom-2014> (consulté le 23 juin 2021)
- Ricquebourg M. Petite enfance, enfance et adolescence à La Réunion. Tableau de bord [en ligne]. Saint-Denis : ORS Réunion ; 2015. Disponible sur : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/tdb_epe_2015.pdf (consulté le 23 août 2021)
- Louacheni C. Suicides et tentatives de suicides à La Réunion [en ligne]. 19ème Journée Nationale de Prévention du Suicide ; 19 et 20 février 2015. Saint-Denis : ORS Réunion ; 2015. Disponible sur : https://62cd54ce-8fff-4d50-92b1-744081da203d.filesusr.com/ugd/5a1324_aaf4dff771a44e52bfbd85591702ebd5.pdf (consulté le 23 août 2021)
- Louacheni C. Suicides et tentatives de suicide à La Réunion. Tableau de bord [en ligne]. Saint-Denis : ORS Réunion ; 2015. Disponible sur : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/tdb_suicides_2015.pdf (consulté le 23 août 2021)

- Bernard C, Bardot M. Petite enfance, enfance et adolescence à La Réunion. Tableau de bord [en ligne]. Saint-Denis : ORS Réunion ; 2014. Disponible sur : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/tdb_epe_2014.pdf (consulté le 23 août 2021)
- Louacheni C. Suicides et tentatives de suicide à La Réunion. Tableau de bord [en ligne]. Saint-Denis : ORS Réunion ; 2013. Disponible sur : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/tdb_suicides_2013.pdf (consulté le 23 août 2021)
- Louacheni C. Suicides et tentatives de suicide à La Réunion. Tableau de bord [en ligne]. Saint-Denis : ORS Réunion ; 2012. Disponible sur : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/tdb_suicides_2012.pdf (consulté le 23 août 2021)
- Observatoire Régional de la Santé (ORS) Réunion. Suicide à La Réunion [en ligne]. Saint-Denis : ORS Réunion ; 2006. Disponible sur : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/suicide_2006.pdf (consulté le 23 août 2021)
- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de La Réunion. Evolution sur 10 ans de la mortalité et de ses causes à La Réunion [en ligne]. Infos Réunion études et statistiques n°1, 2006, pp.1-4. Disponible sur : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/media/46679/download> (consulté le 23 août 2021)
- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de La Réunion. Le suicide à La Réunion de 1982 à 2002 [en ligne]. Saint-Denis : DRASS Réunion, 2005. Disponible sur : [https://www.lareunion.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Le suicide a la Reunion de 1982 a 2002 1.pdf](https://www.lareunion.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Le%20suicide%20a%20la%20Reunion%20de%201982%20a%202002%201.pdf) (consulté le 23 août 2021)
- Observatoire Régional de la Santé (ORS) Réunion. Les suicides à La Réunion. 1999.
- Duval G, Hamon C. Le suicide à La Réunion. Solidarité santé, Etudes statistiques. 1989;(2) : 51-8.
- Hamon C. Le suicide à La Réunion. Saint-Denis de La Réunion : DRASS ; 1986.

II. Axe 2 - Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants à La Réunion

- Flourey E, Merceron S. Enquête Santé à La Réunion en 2019 - La dépression : un Réunionnais sur dix concerné [en ligne]. INSEE Analyses Réunion n°59, 2021, pp.1-4. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5400113#consulter> (consulté le 6 août 2021)
- Observatoire National du Suicide (ONS). Suicide : Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4ème rapport [en ligne]. Paris : DREES ; 2020. 268p. Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf (consulté le 6 août 2021)

- Bardot M. Comportements et usages de drogues des lycéens à La Réunion. Exploitation régionale de l'enquête ESPAD 2015 [en ligne]. Saint-Denis : ORS Océan Indien ; 2018. Disponible sur : https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/rapp_espad2015_reunion_2018.pdf (consulté le 6 août 2021)
- Balicchi J. Baromètre santé 2014 : la consommation d'alcool à La Réunion chez les hommes et les femmes [en ligne]. Infos statistiques n°30, 2018, pp.1-13. Disponible sur : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/media/47166/download> (consulté le 6 août 2021)
- Richard JB, Balicchi J, Mariotti E, Pradines N, Beck F. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 La Réunion [en ligne]. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2015. 12p. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119681/file/152142_1676.pdf (consulté le 30 juillet 2021)
- Bernède-Bauduin C, Cellier M. La mortalité à La Réunion du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009 [en ligne]. In Extensio n°1, 2013, pp.1-11. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PIES_ARS_mortalite_def.pdf (consulté le 30 juillet 2021)
- Lallemand C. Comparaison des intoxications médicamenteuses volontaires entre l'île de La Réunion et la métropole [Thèse en ligne]. Médecine : Grenoble ; 2010. 65 p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00628250/document> (consulté le 30 juillet 2021)
- Ricquebourg M. Les suicides à La Réunion. Données épidémiologiques [en ligne]. 14ème Journée Nationale de Prévention du Suicide « Prévention du suicide et opinions » ; 5 février 2010; Saint-Denis. Saint-Denis : ORS Réunion ; 2010. Disponible sur : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/suicides_05_02_2010_ors.pdf (consulté le 30 juillet 2021)
- Dalban C. Enquête ETADAR (Tabac Alcool Drogues) La Réunion 2006-2007 Volet Santé et sexualité [en ligne]. Infos Réunion Etudes et statistiques, n°12, 2009, pp.1-6. Disponible sur : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/media/45289/download> (consulté le 30 juillet 2021)
- Staikowsky F, Chastang F, Pujaltec D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008 [en ligne]. Incidence et pronostic. Réanimation n°17, 2008, pp.783-789. Disponible sur : [https://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHIATRIE%20URGENCES%20PSYCHIATRIQUES%20IEES%20AUX%20ACTES%20SUICIDAIRES%20EN%202008%20-%20INCIDENCE%20ET%20PRONOSTIC%20-%20BIBLIO%20\(7%20Pages%20-%20205%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHIATRIE%20URGENCES%20PSYCHIATRIQUES%20IEES%20AUX%20ACTES%20SUICIDAIRES%20EN%202008%20-%20INCIDENCE%20ET%20PRONOSTIC%20-%20BIBLIO%20(7%20Pages%20-%20205%20Ko).pdf) (consulté le 30 juillet 2021)
- Duval G, Baillet A, Catteau C. Epidémiologie des tentatives de suicide à l'île de La Réunion. Rev Epidemiol Sante Publique n°1, volume 45, 1997, pp.23-28.
- Masson F, Savès M, Salmi LR, Bourdé A, Henrion G, Erny P. Injuries in a problematic socioeconomic context: a population-based study in Réunion, Indian Ocean, 1993-1994 GEAR. Groupement d'Etude sur les Accidents à la Réunion [en ligne]. Int J Epidemiol n°5, volume 26, 1997 Oct, pp.1033-1040. Disponible sur : [Lien](#) (consulté le 30 juillet 2021)
- Erny P, Bourde A, Maurette P, Masson F, Dartigues JF, Salmi LR, *et al.* Enquête épidémiologique : accidents et suicides à l'île de La Réunion (1er juillet 1993 - 30 juin 1994). Saint-Denis : SARMUR ; 1995.

- Suicides et tentatives de suicide à La Réunion : épidémiologie, anthropologie, abord socio-culturel, essai de prévention. CORI Réunion, INSERM ; 1995. 287 p.
- Duval G, Thomas LV, Andoche J. Suicides et tentatives de suicide à La Réunion : épidémiologie, anthropologie, abord socio-culturel, essai de prévention. INSERM, Lémuria ; 1993. 352 p.
- Duval G. Les suicides à La Réunion : de l'épidémiologie à la prévention [en ligne]. Psychopathologie africaine n°2, volume XXV, 1993, pp.175-188. Disponible sur : http://psychopathologieafricaine.refer.sn/IMG/pdf/Duval-Suicides_a_la_Reunion.pdf (consulté le 30 juillet 2021)
- Baillet Denizot A. Epidémiologie des tentatives de suicide à La Réunion [Thèse]. Médecine : Nancy ; 1991.
- De Pontual B. Tentatives de suicide à La Réunion : études épidémiologiques [Thèse]. Médecine : Paris ; 1990. 160 p.
- Penavayre S. Le suicide à l'île de La Réunion : étude épidémiologique sur douze mois en comparaison avec l'île de la Martinique et la métropole [Thèse]. Médecine : Bordeaux ; 1990.
- Lefebvre N. Particularités du passage à l'acte suicidaire dans certains isolats ruraux du sud de La Réunion [Thèse]. Médecine : Lille ; 1989.
- Suicide et tentatives de suicide à La Réunion : relations avec d'autres passages à l'acte mortifère, approche épidémiologique et socio-culturelle. CORI Réunion, INSERM ; 1989.

III. Axe 3 - Représentations et facteurs culturels à La Réunion

- Jaccoud A. Désocialisation et mal-être psychologique chez les seniors [en ligne]. Colloque JNPS 2020 "Bien être et mal être psychologiques chez les seniors", 21 février 2020, Université du Tampon (Ile de La Réunion). SOS Solitude. Disponible sur : <https://www.facebook.com/sosso1974/videos/985249695202110/> (consulté le 4 août 2021)
- Enjeux et risques à l'adolescence dans l'Océan Indien. Le phénomène du suicide dans les îles de La Réunion, Maurice, Mayotte, à Pondichéry, Paris et sa banlieue. Éditions l'Harmattan ; 2016.
- Denys F. Étude observationnelle de l'adhésion aux différentes stratégies de prévention après une première tentative de suicide prise en charge au Centre Hospitalier Gabriel Martin de Saint-Paul de La Réunion [Thèse en ligne]. Médecine : Bordeaux ; 2015. Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/d120/d9ab23bc8708ab18836e8e89a151b48ba1f3.pdf> (consulté le 4 août 2021)
- Duval G. La mort à l'île de La Réunion. Réflexions sur la confrontation des formes culturelles du mourir [en ligne]. Sciences Sociales et Santé n°3, volume 9, 1991, pp.35-57. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1991_num_9_3_1198#sosan_0294-0337_1991_num_9_3_T1_0039_0000 (consulté le 4 août 2021)

IV. Axe 4 - Environnement sanitaire à La Réunion

- Dr Malet P. La présence dans la pratique psychothérapeutique [en ligne]. Colloque JNPS 2020 "Bien être et mal être psychologiques chez les seniors", 21 février 2020, Université du Tampon (Ile de La Réunion). SOS Solitude. Disponible sur : <https://www.facebook.com/sossil974/videos/1011875929208584/> (consulté le 02 août 2021)
- Communauté Territoriale de Santé Mentale (CTSM) 974. Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de La Réunion 2019-2023 [en ligne]. Saint-Paul : Communauté Territoriale de Santé Mentale 974 ; 2019. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dtsm_ptsm_reunion.pdf (consulté le 02 août 2021)
- Guionnet, S. Une équipe mobile de crise à Mayotte. Penser un raccord qui soit en accord. L'information psychiatrique n°95, 2019, pp.393-399.
- Agence Régionale de Santé (ARS) Océan Indien. Prévention du suicide, une stratégie régionale au plus près des personnes à risque suicidaire [en ligne]. Dossier de presse. Saint-Denis : ARS Océan Indien ; 2019. Disponible sur : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2019-12/26%20novembre%20-%20Pr%C3%A9vention%20du%20suicide%2C%20une%20strat%C3%A9gie%20r%C3%A9gionale%20au%20plus%20pr%C3%A8s%20des%20personnes%20%C3%A0%20risque%20suicidaire.pdf> (consulté le 02 août 2021)
- Dr Gokalsing. Vigilans Océan Indien " Tienbo nou lé la !" Dispositif de prévention du suicide [en ligne]. JNPS 2019. SOS Solitude ; 2019. Disponible sur : <https://www.facebook.com/sossil974/videos/jnps-2019-ile-de-la-r%C3%A9union/900328034123933> (consulté le 02 août 2021)
- Agence Régionale de Santé (ARS) Océan Indien. Plan d'action 2019–2020, agir pour la santé et la qualité de vie de la population réunionnaise [en ligne]. Saint-Denis : ARS Océan Indien ; 2019. Disponible sur : https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2019-06/ARS-Pland%27actions2019-2020-Affichage%20Webpdf_1.pdf (consulté le 02 août 2021)
- Agence Régionale de Santé (ARS) Océan Indien. Cadre d'Orientations Stratégiques (COS) Réunion - Mayotte 2018-2028 [en ligne]. Saint-Denis : ARS Océan Indien ; 2018. Disponible sur : https://www.mayotte.ars.sante.fr/system/files/2019-11/ARS_OI_PRS2_COS_VD_0.pdf (consulté le 02 août 2021)
- Agence Régionale de Santé (ARS) Océan Indien. Schéma de Santé (SRS) 2018-2023 Volet 2 : La Réunion [en ligne]. Saint-Denis : ARS Océan Indien ; 2018. Disponible sur : https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-OI_PRS2_SRS_%20VOLET%20%20LA%20REUNION_VD_1_1.pdf (consulté le 02 août 2021)
- Agence Régionale de Santé (ARS) Océan Indien. Synthèse du diagnostic de santé partagé [en ligne]. Projet de Santé La Réunion-Mayotte 2018-2028. Saint-Denis : ARS Océan Indien ; 2017. Disponible sur : https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Synth%C3%A8se%20du%20diagnostic%20de%20sant%C3%A9%20partag%C3%A9_Juin%202017_1.pdf (consulté le 02 août 2021)

- Baux-Cazal L, Gokalsing E, Amadeo S, Messiah A. Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature. *Encephale* n°3, 2017 May, pp.273-80.
- Agence Régionale de Santé (ARS) Océan Indien. La stratégie de santé pour les outre-mer. Feuille de route régionale Océan Indien [en ligne]. Saint-Denis : ARS Océan Indien ; 2016. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Feuille_de_Route_OI.pdf (consulté le 02 août 2021)
- 19ème Journée Nationale de Prévention du Suicide - 7èmes Journées de Prévention du Suicide Océan Indien ; 19 et 20 février 2015. SOS Solitude ; 2015 [en ligne]. Disponible sur : <https://sossil974.wixsite.com/jnps-reunion/speakers> (consulté le 4 août 2021)
- Baux Cazal L, Gokalsing E. Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans dans le monde et à La Réunion [en ligne]. *L'Autre*, n°3, volume 16, 2015, pp.333-335. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2015-3-page-333.htm> (consulté le 02 août 2021)
- Baux Cazal L. Les conduites suicidaires et leur prévention chez l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature internationale. Réflexion à propos de la prévention des conduites suicidaires de l'enfant dans le cas particulier de La Réunion, département français d'Outre-mer [Thèse en ligne]. Médecine : Bordeaux ; 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01166257/document> (consulté le 02 août 2021)
- Casenave T. Prise en charge pédiatrique des tentatives de suicide à l'hôpital général de Saint-Paul, en 2003 (Ile de La Réunion) [Thèse]. Médecine : Bordeaux ; 2005. 148 p.
- Maziere JN, Onde G, Moron P, Birmes P, Sarramon C, Ruiz J. Suicides et tentatives de suicide à La Réunion. Prévention et prise en charge. *Annales de psychiatrie* n°15, volume 1, 2000, pp.16-22.
- Clerget S. Adolescence et suicide à La Réunion. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* n°9, volume 45, 1997, pp.483-486.
- Fautrier I. Etude de 517 adolescents suicidants hospitalisés dans un service de pédiatrie à l'île de La Réunion [Thèse]. Médecine : Bordeaux ; 1996.

Annexe 2 – Les conduites suicidaires dans les DROM – Revue de presse

Ce recueil d'articles de presse en ligne est structuré en cinq parties correspondant aux cinq territoires concernés par le périmètre de recherche.

En termes de présentation, les articles sont classés par ordre antéchronologique.

Guadeloupe

7 mai 2021

Tentatives de suicide et comportements dangereux en augmentation chez les plus jeunes, depuis la crise sanitaire – Guadeloupe La Première

« Le premier confinement a laissé des traces... Psychologiques, notamment. En Guadeloupe, les tentatives de suicide sont en hausse. La dépression peut toucher les plus jeunes. Il y a deux semaines, le président de la République a annoncé une mesure : 10 séances chez un psychologue pour les 3-17 ans. » (Consulté le 29 septembre 2021)

5 décembre 2020

Une sexagénaire retrouvée morte dans son lit au Lamentin – Rinsy Xieng, RCI Guadeloupe

« Découverte macabre ce samedi matin très tôt au Lamentin. Le corps sans vie d'une femme présentant une plaie par arme blanche a été retrouvé dans son lit. Les gendarmes se sont rendus sur place, ainsi que le procureur de la République. Mais pour l'heure, pas de conclusion hâtive, la piste criminelle n'est pas privilégiée. » (Consulté le 16 août 2021)

13 octobre 2020

Prévention suicide : une nouvelle ligne d'écoute – France Antilles Guadeloupe

« Après « Voix arc-en-ciel », la première ligne d'écoute anti-homophobie et anti-transphobie de Guadeloupe lancée le 1er novembre 2019, la présidente de l'association Amalgame Humani's, le Dr Viviane Melyon de France, annonce l'ouverture d'une nouvelle ligne d'écoute pour la prévention du suicide. « Elle fonctionne depuis le 2 août, mais elle n'est pas encore très connue. » Au bout du fil, 7j/7 et 24h/24, six bénévoles. » (Consulté le 16 août 2021)

1 septembre 2020

Découverte macabre sur la plage du Souffleur – France Antilles Guadeloupe

« Le corps d'une femme d'une trentaine d'années a été retrouvé à la plage du Souffleur, à Port-Louis, hier matin. Il était dans l'eau, à proximité du rivage, non loin du cimetière. Ce sont les gendarmes qui, alertés par un pêcheur, ont fait la macabre découverte. La victime était habillée et son véhicule a été retrouvé sur place. Une enquête a été ouverte et une autopsie a été demandée par le parquet pointois, bien « qu'au vu des éléments dont on dispose, précise-t-il, la thèse du suicide est... » (Consulté le 16 août 2021)

7 juillet 2020

Une étude aux Antilles sur l'impact psychologique du confinement sur les enfants – Cécile Rémusat, RCI Guadeloupe

« Quels que soient leurs profils, « tous les enfants » des Antilles ont pu être affectés psychologiquement par le confinement. C'est ce qu'indiquent les premiers résultats d'une étude du comité scientifique du CMPP (centre médico-psycho-pédagogique) baptisée "Impact psychologique du confinement sur les enfants aux Antilles" et présentée ce lundi après-midi au CMPP, à Grand Camp, aux Abymes. » (Consulté le 17 août 2021)

2 juillet 2020

Une femme se défenestre cité Chanzy – France Antilles Guadeloupe

« C'est un sentiment d'horreur et d'incompréhension qui prédominait hier matin encore, cité Chanzy à Pointe-à-Pitre, après le suicide par défenestration d'une femme. » (Consulté le 16 août 2021)

12 juin 2020

Un détenu retrouvé pendu dans sa cellule – France Antilles Guadeloupe

« Macabre découverte, ce jeudi, en toute fin de matinée, dans l'enceinte du centre pénitentiaire de Fond-Sarail, à Baie-Mahault, avec la présence d'un détenu retrouvé pendu à la fenêtre de sa cellule, à l'aide de draps. » (Consulté le 16 août 2021)

5 mai 2020

Les pompiers font deux découvertes macabres ce mardi – Rinsy Xieng, RCI Guadeloupe

« Les pompiers sont intervenus sur deux drames ce mardi 5 mai. Un homme a été retrouvé pendu aux Abymes, un autre en état de décomposition à Vieux-Habitants. » (Consulté le 17 août 2021)

18 avril 2020

Tentative de suicide à la maison d'arrêt de Basse-Terre – France Antilles Guadeloupe

« Un détenu a tenté de se suicider, ce samedi matin, à la Maison d'arrêt de Basse-Terre. Le jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, a essayé de se pendre. » (Consulté le 16 août 2021)

25 mars 2020

Une femme tente de se suicider à la Darse à Pointe-à-Pitre – Guadeloupe La Première

« Ce mardi 24 mars, le pire a été évité. Une femme a tenté de mettre fin à ses jours en se jetant à l'eau, à la Darse, à Pointe-à-Pitre. Elle a été sauvée par une policière. » (Consulté le 29 septembre 2021)

11 mars 2020

Il décède dans un box d'attente au CHU, une enquête ouverte – Rinsy Xieng, RCI Guadeloupe

« Que s'est-il passé au CHU de Guadeloupe dans la nuit de lundi à mardi ? Un septuagénaire acheminé suite à une tentative de suicide sur Baie-Mahault est décédé, après 4 heures d'attente. » (Consulté le 17 août 2021)

8 mars 2020

Le prêtre de Trois-Rivières a tenté de mettre fin à ses jours – Rony Béral, RCI Guadeloupe

« Peu avant 7 heures ce dimanche matin, le Père François Rodel curé de la paroisse de Trois-Rivières, un homme âgé de 49 ans, a été retrouvé au presbytère avec plusieurs armes sur place dont un couteau et un coutelas. C'est le prêtre, lui-même, conscient au moment de l'intervention des secours qui a affirmé avoir tenté de se suicider. » (Consulté le 17 août 2021)

28 janvier 2020

Un homme se mutile avec un couteau sur le boulevard Ibéné – France Antilles Guadeloupe

« Intervention délicate, ce mardi matin, pour les secours et forces de l'ordre qui ont été mobilisés boulevard Ibéné, à Sainte-Anne, afin de tenter de raisonner un individu armé d'un couteau et voulant vraisemblablement attenter à sa vie. » (Consulté le 16 août 2021)

10 janvier 2020

Saint-Martin : une enseignante retrouvée pendue à son domicile – France Antilles Guadeloupe

« Vive émotion, hier, au sein de la communauté scolaire du lycée général et technologique Robert-Weinum, à Saint-Martin. La veille au soir, le corps d'une des enseignantes de cet établissement a été retrouvé pendu à son domicile. » (Consulté le 16 août 2021)

17 décembre 2019

Marc Olivier s'est bien suicidé – France Antilles Guadeloupe

« Les résultats de l'autopsie de Marc Olivier, l'ex-compagnon de Sabrina Ruffe et suspect numéro 1 du meurtre de cette dernière, sont désormais connus. L'homme retrouvé pendu à un arbre dans le secteur de Fromager, dans la commune de Capesterre-Belle-Eau, est bien mort par pendaison et c'est bien lui qui s'est suicidé. » (Consulté le 16 août 2021)

27 octobre 2019

Johnny Darroux retrouvé pendu à la maison d'arrêt – France Antilles Guadeloupe

« Un détenu s'est suicidé dans sa cellule, samedi soir à 19h20 », a indiqué Jean-Luc Lennon, le procureur de la République de Basse-Terre à l'AFP, confirmant ainsi une information des médias locaux. » (Consulté le 16 août 2021)

2 octobre 2019

Pendu à Sainte-Rose : la thèse du suicide est privilégiée – Rinsy Xieng, RCI Guadeloupe

« On en sait plus sur le corps retrouvé pendu mardi soir à Sainte-Rose. Il semble que la piste du suicide soit privilégiée à ce stade. Une autopsie est prévue demain jeudi afin de déterminer la cause précise de la mort. Rappelons que la dépouille présentait une plaie par balle au niveau du visage. Explications. » (Consulté le 17 août 2021)

16 septembre 2019

Suicide par pendaison à la Sécurité sociale – France Antilles Guadeloupe

« Macabre découverte, ce lundi matin, dans l'enceinte des locaux de la CGSS (caisse générale de la sécurité sociale), implantés à Dugazon/Abymes. L'un des employés de cette structure, qui était affecté au service des archives, a été retrouvé pendu aux alentours de 10 h 30. » (Consulté le 16 août 2021)

4 juillet 2019

Une femme de 46 ans tente de s'immoler à Baie-Mahault – RCI Guadeloupe

« Scène dramatique mercredi soir dans une section de Baie-Mahault. Suite à une dispute entre femmes, l'une d'elles a tenté de s'immoler par le feu. Sauvée de justesse par l'autre. La victime a dû être évacuée dans un état grave. » (Consulté le 17 août 2021)

15 avril 2019

Fond-Sarail : un détenu retrouvé pendu dans sa cellule – France Antilles Guadeloupe

« Macabre découverte, ce lundi matin au sein du centre pénitentiaire de Fond-Sarail. Vers 7 h 30, un détenu a été retrouvé pendu dans sa cellule. Malgré l'intervention des sapeurs-pompiers et d'une équipe du Smur, il était déjà trop tard pour espérer sauver le malheureux. Son décès a été prononcé sur place. Si la thèse du suicide semble pour l'heure privilégiée, la gendarmerie a néanmoins ouvert une enquête afin de confirmer les contours de ce décès. » (Consulté le 16 août 2021)

12 avril 2019

Un détenu se donne la mort à Basse-Terre – France Antilles Guadeloupe

« Un détenu s'est donné la mort, cet après-midi, au quartier disciplinaire (QD) de la Maison d'Arrêt de Basse-Terre, par pendaison. Il venait, comme deux autres de ses comparses également placés au QD depuis, d'écoper de 4 ans de prison supplémentaires la semaine dernière pour agression sur codétenu (coups de pic artisanal). » (Consulté le 16 août 2021)

30 janvier 2019

Plutôt mourir que d'être arrêté – France Antilles Guadeloupe

« Non, « un corps semble-t-il tué par balle » n'a pas été découvert presque par hasard sur le parking de l'aquarium du Gosier, comme on pouvait l'entendre, hier. La réalité, tient plutôt à un suicide hors norme. Un suicide qui s'est déroulé en direct, sous le regard de policiers impuissants et de quelques témoins abasourdis. » (Consulté le 17 août 2021)

16 octobre 2018

Découverte d'un corps dans le port de Lauricisque – France Antilles Guadeloupe

« Macabre découverte, ce mardi matin, dans le port de pêche de Lauricisque à Pointe-à-Pitre. Vers 9 h 30, des passants ont donné l'alerte après avoir découvert Armand, dit Calebasse. Le corps de ce malheureux, qui était âgé d'une soixantaine d'années gisait inanimé entre deux eaux, une cordelette rouge autour du cou. » (Consulté le 16 août 2021)

20 septembre 2018

Un homme retrouvé pendu sur le spot de parapente – France Antilles Guadeloupe

« LE MOULE. Macabre découverte pour les amateurs de parapente fréquentant le site de Sainte-Marguerite, au Moule. Hier, vers 12 h 45, un Guadeloupéen a été retrouvé pendu. Il était malheureusement bien trop tard pour espérer le sauver. « À notre arrivée, il se trouvait en raideur cadavérique », ont déploré les sapeurs-pompiers. » (Consulté le 16 août 2021)

23 juillet 2018

Un octogénaire retrouvé avec une balle dans la tête – Rinsy Xieng, RCI Guadeloupe

« Triste sort pour un octogénaire blessé retrouvé ce lundi dans un appartement de Pointe-à-pitre. L'homme a été retrouvé gisant chez lui avec une balle dans la tête. Il est finalement décédé quelques heures plus tard. Une enquête est en cours mais la piste du suicide lié à sa solitude serait privilégiée. » (Consulté le 17 août 2021)

10 juillet 2018

Explosion après une tentative de suicide – Rinsy Xieng, RCI Guadeloupe

« A noter cette tentative de suicide qui a failli tourner au drame lundi soir vers 22h. A Saint-François, une femme de 48 ans a ouvert le gaz chez elle, provoquant par la suite une explosion. » (Consulté le 17 août 2021)

9 juillet 2018

Le disparu de Douville retrouvé mort – France Antilles Guadeloupe

« SAINTE-ANNE. Fin d'alerte pour les gendarmes qui, depuis vendredi, avaient lancé un appel à témoin en vue de retrouver Luc Vanoukia, dit Serge. Malheureusement, ce sexagénaire, qui était retraité de la canne, a été retrouvé mort. » (Consulté le 17 août 2021)

6 juillet 2018

[Incendie à Baillif : tentative de suicide après une rumeur](#) – Pierre Emmanuel, Richard Garnier, RCI Guadeloupe

« Nous vous en parlions déjà, un incendie s'est déclaré ce vendredi matin peu après 5h dans une maison isolée à la Cité Chaulet à Baillif. On déplore une victime, une dame âgée de 65 ans, brûlée au 3ème degré et dans un état très grave. Selon les premiers éléments, la femme aurait tenté de mettre fin à ses jours, après avoir reçu une fausse rumeur. » (Consulté le 17 août 2021)

20 juin 2018

[Une femme tente de s'immoler par le feu](#) – France Antilles Guadeloupe

« Une femme de 27 ans, qui serait enceinte de trois mois d'après des informations recueillies par les pompiers, était dans un état critique, mardi soir au CHU, après avoir tenté de s'immoler par le feu. » (Consulté le 17 août 2021)

Guyane

31 mars 2021

[Cayenne : un homme retrouvé pendu près de la plage](#) – Radio peyi

« Les riverains ont prévenu la police tôt dans la matinée. Un homme d'une vingtaine d'années a été retrouvé pendu à proximité de la plage Chaton, à Cayenne. D'après la police scientifique, il s'agirait d'un suicide. » (Consulté le 26 juillet 2021)

24 décembre 2020

[Arrêté avec 4 kilos de cocaïne à Orly en provenance de Guyane, un militaire se suicide en garde à vue](#) – Guyane La Première

« Un militaire de 33 ans, placé en garde à vue après avoir été interpellé en possession de 4 kilos de cocaïne à Orly en provenance de Guyane, s'est suicidé mercredi avec l'arme de service d'une policière, a indiqué le parquet de Créteil, contacté par l'AFP. » (Consulté le 23 juillet 2021)

[Un militaire du 9e Rima s'est suicidé à Orly, arrêté lundi pour avoir transporté 4 kilos de cocaïne](#) – France Guyane

« Un militaire de 33 ans s'est suicidé pendant sa garde à vue à Orly ce mercredi à midi. Une information de nos confrères du Parisien, qui nous a été confirmée par les FAG (Forces Armées en Guyane). » (Consulté le 23 juillet 2021)

23 décembre 2020

[Un militaire du 9e RIMA se suicide après avoir été arrêté en possession de drogue à Orly](#) – Radio peyi

Un militaire de 33 ans, placé en garde à vue après avoir été interpellé en possession de 4 kg de cocaïne à Orly en provenance de Guyane, s'est suicidé mercredi avec l'arme de service d'une policière. (Consulté le 26 juillet 2021)

15 décembre 2020

[Guyane : les communautés amérindiennes huit fois plus touchées par les suicides](#) – Jeanne Péru-Gelly, Guyane La Première

« Santé Publique France a étudié le phénomène des suicides qui frappe les communautés autochtones guyanaises. Le rapport est édifiant. Les taux de suicides explosent, et sont jusqu'à huit fois supérieurs à ceux constatés dans l'Hexagone. » (Consulté le 23 juillet 2021)

30 avril 2020

[Guyane : un détenu se suicide par pendaison](#) – Guyane La Première

« Une autopsie pratiquée mercredi "a confirmé le suicide par pendaison" d'un détenu âgé de 22 ans de la prison de Rémire-Montjoly (10 km de Cayenne), a déclaré mercredi soir le procureur de la République de Cayenne, Samuel Finielz. » (Consulté le 23 juillet 2021)

10 novembre 2019

[Une jeune se suicide la veille de ses 19 ans](#) – France Guyane

« Une jeune femme de 18 ans a mis fin à ses jours samedi soir à Cayenne. Le drame s'est produit colline de Montabo, au niveau de l'ancien hôtel désaffecté. La lycéenne allait avoir 19 ans dans quelques jours. Elle s'est pendue. Une enquête a été ouverte. Elle était de Macouria et était scolarisée au lycée Gontran-Damas. » (Consulté le 23 juillet 2021)

23 août 2019

[Un jeune homme suicidaire sauvé par les pompiers](#) – France Guyane

« Un jeune homme de 24 ans a menacé de se suicider mardi soir à Mana. Ça s'est passé le jour de l'arrivée du Tour de Guyane dans la commune. Beaucoup de monde a assisté à la scène. Pendant près de 3 heures, le jeune homme est resté sur le pylône de TDF, à plus de 80 mètres de hauteur. Il s'était suspendu à la pointe de l'antenne. » (Consulté le 23 juillet 2021)

5 juillet 2019

[Suicides des Amérindiens : dialogue avec le Canada et nouvelle mission](#) – France Guyane

« Quelques temps après le suicide de la documentaliste du collège de Maripasoula, le sénateur Antoine Karam a interpellé le gouvernement, hier, lors de la séance des questions pour le gouvernement. Il a interrogé plus précisément la ministre des Outre-mer, Annick Girardin sur ce « drame glaçant, récurrent et indigne d'un pays développé » qui a fait dix victimes depuis le mois de septembre dernier. Toutes les victimes sont des Amérindiennes françaises. » (Consulté le 23 juillet 2021)

4 juillet 2019

Suicides d'Amérindiens en Guyane : Annick Girardin propose aux sénateurs de travailler "avec d'autres pays"
– Guyane la première

« Face à la vague de suicides dans la population amérindienne de Guyane, la ministre des Outre-mer a proposé ce jeudi devant le Sénat de travailler avec "d'autres pays" qui ont eu à surmonter les mêmes crises. » (Consulté le 23 juillet 2021)

15 juin 2019

En Guyane, la communauté wayana tente de faire face à une vague de suicides – Guyane la première

« Dans les villages amérindiens du sud-ouest de la Guyane, on en parle discrètement. Pas facile d'évoquer la vague de suicides qui frappe la communauté wayana, et notamment les plus jeunes, déchirés entre tradition et modernité, et perturbés par les impacts de l'orpaillage illégal. » (Consulté le 23 juillet 2021)

5 juin 2019

Suicide des amérindiens : Pour Christophe Pierre représentant des jeunes autochtones la solution passe par un autodiagnostic des communautés – Catherine Lama, Guyane La Première

« Invité de Mayouri info à la radio, le représentant des Jeunes autochtones, Christophe Pierre a réagi sur la vague de suicides actuelle qui touche la communauté Wayana sur le Haut Maroni. Une des causes, selon lui, est le déracinement familial, spirituel et culturel. » (Consulté le 23 juillet 2021)

29 mai 2019

Séminaire sur le suicide des amérindiens – Jocelyne Helgoualch, Karl Constable, P.N, Guyane La Première

« A Maripasoula et dans les villages Wayanas du haut Maroni, une vague de suicide touche depuis le début de l'année des enfants et de jeunes adultes. Le dernier drame s'est déroulé au collège Gran Man Difou à Maripasoula, une jeune femme Wayana de 27 ans s'est donnée la mort le 8 mai dernier. » (Consulté le 23 juillet 2021)

18 mai 2019

Suicides à Maripasoula : « La solution ne peut venir que des communautés concernées » - France Guyane

« La communauté amérindienne est frappée par une vague de suicides depuis septembre avec neuf décès, dont cinq depuis janvier. Y a-t-il une explication derrière ces drames ? C'est un mal-être général ? » (Consulté le 23 juillet 2021)

10 mai 2019

Maripasoula : la série noire continue...encore un suicide dans la communauté amérindienne – Mcthebia, Guyane La Première

« Une jeune femme de 26 ans s'est ôtée la vie à Maripasoula ce mercredi 8 mai. Vanessa Kuya était aide-documentaliste au collège Grand-Man-Difou. Depuis le début de l'année, c'est le 7e suicide à Maripasoula qui touche la communauté amérindienne. » (Consulté le 23 juillet 2021)

« Plusieurs tentatives de suicides au sein de l'internat n'ont pas été ébruitées » - France Guyane

« Un septième suicide depuis le début de l'année, dont deux membres du personnel, vient de toucher le collège de Gran-man-Difou... Le collège est dans un état de deuil permanent et émotionnellement les collègues ne vont pas bien, certains sont en dépression et d'autres parlent de démissionner. C'est le septième suicide mais c'est sans compter les tentatives. Avec les collègues on a l'impression que c'est un phénomène de mode, quand ça ne va pas, ils n'hésitent plus à franchir le pas. » (Consulté le 23 juillet 2021)

9 mai 2019

Suicide d'une jeune femme de 26 ans – France Guyane

« Une Amérindienne de 26 ans a été retrouvée pendue au poteau d'une barrière hier matin, rue Tumuc-Humac, cité Djakarta, à Maripasoula. Depuis septembre, pas moins de sept suicides connus ont touché la population de cette commune du fleuve. » (Consulté le 23 juillet 2021)

30 avril 2019

Un Guyanais se suicide en prison – France Guyane

« Le drame s'est produit aux alentours de 5 heures dimanche matin, dans le centre pénitentiaire de Fonds-Sarail à Baie-Mahault en Guadeloupe. Un jeune Guyanais de 26 ans a mis fin à ses jours. Il se serait pendu. Il avait demandé son transfert. Il s'agit du troisième suicide par pendaison en moins de trois semaines en prison en Guadeloupe. » (Consulté le 23 juillet 2021)

24 janvier 2019

Guyane : nouvelle vague de suicides chez les jeunes Amérindiens – Guyane la première

« Cinq suicides et 13 tentatives de pendaison ont eu lieu en trois mois au sein de la jeune population amérindienne de l'ouest guyanais, entraînant le recours à des renforts sanitaires pour tenter d'endiguer un phénomène apparu depuis les années 80. » (Consulté le 23 juillet 2021)

18 janvier 2019

Un psychologue scolaire retrouvé pendu – France Guyane

« Nouveau suicide dans l'éducation nationale en Guyane. Mercredi matin, un psychologue scolaire a été retrouvé mort, pendu, à son domicile, à Macouria. Une enquête a été ouverte pour déterminer les circonstances exactes du décès, même si la piste du suicide est privilégiée. » (Consulté le 23 juillet 2021)

15 janvier 2019

Elle boit du désherbant du Suriname – France Guyane

« Saint-Laurent du Maroni. Une jeune femme de 18 ans a été prise de violents spasmes hier matin, alors qu'elle se trouvait à son lycée, Bertène Juminer. Elle a déclaré qu'elle avait fait une tentative de suicide la nuit précédente en ingérant du désherbant en provenance du Suriname. Elle a été prise en charge par les sapeurs-pompiers et évacuée sur le centre hospitalier de l'ouest guyanais. » (Consulté le 23 juillet 2021)

14 janvier 2019

Une tentative de suicide à Awala – France Guyane

« Awala-Yalimapo. Samedi, vers 22 heures, les pompiers sont intervenus pour porter secours à un jeune homme de 19 ans à Awala-Yalimapo. Il a tenté de mettre fin à ses jours en se pendant, mais a été retrouvé à temps par son cousin. » (Consulté le 23 juillet 2021)

Rodolphe Alexandre en appelle à la solidarité – France Guyane

« Le suicide d'une jeune amérindienne, aide-éducatrice spécialisée à Maripasoula, dans la soirée de jeudi, vient à nouveau endeuiller la Guyane. Dans un communiqué daté de samedi, Rodolphe Alexandre, président de la Collectivité territoriale adresse ses condoléances à la famille, aux proches, à l'ensemble de la communauté amérindienne, ainsi qu'aux élèves et à l'équipe éducative de l'Internat de Maripasoula. » (Consulté le 23 juillet 2021)

11 janvier 2019

Nouveau suicide dans la communauté amérindienne – G.R, France Guyane

« Un jeune homme de 24 ans s'est donné la mort, jeudi en début de soirée, dans le bourg de Maripasoula. Il s'agit du sixième suicide connu à ce jour dans la communauté amérindienne depuis le mois d'octobre. Ce malgré la réactivation en décembre d'une cellule de coordination de lutte contre les suicides dans les communes de l'intérieur. » (Consulté le 23 juillet 2021)

Nouveau suicide d'une jeune amérindienne à Maripasoula – Nikerson Perdius/Catherine Lama, Guyane La Première

« Une jeune femme amérindienne s'est donnée la mort le 10 janvier. Il s'agit du 5ème suicide en un peu plus de deux mois. La situation on le sait depuis de nombreuses années est extrêmement préoccupante. » (Consulté le 23 juillet 2021)

8 janvier 2019

Suicide des Amérindiens : les services de l'État et la mairie de Maripasoula se mobilisent – Radio Peyi

« Le 1^{er} janvier 2019 un nouveau suicide a eu lieu dans la communauté amérindienne en Guyane. La fin de l'année 2018 est marquée par le suicide de trois jeunes amérindiens en l'espace d'un mois. Ces morts font resurgir la problématique du mal-être des populations autochtones. En trois semaines, un homme de 20 ans, une lycéenne de 16 ans et la fille du chef suprême des Wayana, âgée de 43 ans, se sont pendus. » (Consulté le 26 juillet 2021)

3 janvier 2019

Nouveau suicide d'un jeune Amérindien à Maripasoula...le premier jour de l'année 2019 – Mcthebia, Guyane La Première

« Lendemain de fête difficiles pour Maripasoula. Un jeune Amérindien s'est suicidé ce mardi 1er janvier. Son identité n'a pas été révélée. Depuis novembre 2018, c'est le quatrième suicide dans cette commune enclavée. » (Consulté le 23 juillet 2021)

Un Amérindien de 16 ans met fin à ses jours – France Guyane

« La série noire continue sur la commune de Maripasoula. Un jeune homme de 16 ans a mis fin à ses jours hier matin. L'adolescent, un Amérindien, a été retrouvé pendu par ses proches, qui ont immédiatement donné l'alerte. La situation devient critique dans la commune du fleuve où ce ne sont pas moins de cinq suicides connus qui ont touché la population, essentiellement amérindienne, depuis septembre. » (Consulté le 23 juillet 2021)

Suicide sur le chemin du Rorota – France Guyane

« Un jeune père de 28 ans a mis fin à ses jours dans la nuit de mardi à mercredi. Il a été retrouvé pendu à un arbre, près du terrain de football et du lotissement, au bord de la route qui mène au sentier du Rorota, sur la commune de Rémire-Montjoly. » (Consulté le 23 juillet 2021)

Suicide des Amérindiens : la mobilisation des services de l'Etat – Mcthebia, Guyane La Première

« Les services de l'Etat se mobilisent contre la recrudescence des suicides des Amérindiens. Le 1er janvier, un jeune âgé de 18 ans s'est pendu à Maripasoula. C'est la quatrième mort par suicide en deux mois. Le préfet Patrice Faure est intervenu par voie de communiqué. » (Consulté le 23 juillet 2021)

📅 28 décembre 2018

« Il n'y a rien de plus insupportable que de parler à leur place » – France Guyane

« Qui compose cette cellule de coordination créée par la préfecture ? Les différentes cellules de crise sur les suicides des hôpitaux de Cayenne, Saint-Laurent et du rectorat, la Direction de la jeunesse et des sports, l'Agence régionale de santé, plusieurs associations locales et entités étatiques, notamment pour la logistique. Il a fallu apporter une réponse médico-sociale dans l'urgence avec des renforts de psychologues et d'infirmiers à Maripasoula. » (Consulté le 23 juillet 2021)

📅 24 décembre 2018

Création d'une cellule de coordination pour lutter contre le suicide des jeunes des communes enclavées – Guyane La Première

« Le suicide de jeunes est une situation préoccupante et persistante dans les communes enclavées de Guyane. En 3 mois, 4 personnes se sont donné la mort. Des drames qui mettent en exergue le mal être des populations autochtones. Une cellule de coordination vient d'être créée pour aider ces jeunes. » (Consulté le 23 juillet 2021)

📅 19 décembre 2018

Deuxième suicide en une semaine dans la communauté bushinenge – Sefian Deie, Guyane La Première

« À Balata, un garçon d'une dizaine d'années (peut-être 10 ans) a perdu la vie hier soir à l'hôpital de Cayenne suite à une tentative de suicide par pendaison (chemise ou T-shirt). Cela est survenu la veille au domicile paternel où il avait été confié à sa belle-mère. Le père avait été rendre visite à ses parents à Saint-Laurent du Maroni. Cela est le deuxième suicide par pendaison dans la communauté aluku en une semaine. Le précédent était celui d'un agent de la commune de Papaïchton. Il a été inhumé samedi dernier. » (Consulté le 23 juillet 2021)

Suicide d'un enfant à Balata – France Guyane

« Un garçon d'une dizaine d'années est mort mardi soir à l'hôpital de Cayenne. Selon La 1ere, l'enfant se serait pendu lundi soir alors qu'il était au domicile de son père à Balata. Le père était absent au moment des faits. C'était sa belle-mère qui s'occupait de l'enfant. Le père de l'enfant était lui à Saint-Laurent du Maroni. Il s'agit d'un cas très rare de suicide chez les enfants. » (Consulté le 23 juillet 2021)

4 décembre 2018

Nouvelle vague de suicides chez des Amérindiens de Guyane – Guyane La Première

« Trois Amérindiens se sont suicidés en un mois à Maripasoula, commune de l'ouest guyanais, relançant la problématique du mal-être des populations autochtones dans ce territoire, a-t-on appris lundi de source concordante. » (Consulté le 23 juillet 2021)

3 décembre 2018

Vive émotion après le suicide de deux jeunes – France Guyane

« Le suicide de jeunes à Maripasoula provoque toujours un vif émoi dans une commune où le nombre de cas est largement supérieur à la moyenne nationale. Il y a dix jours, une étudiante de première année inscrite en CAP tourisme a mis fin à ses jours. Auréliana a été enterrée lundi après-midi, à la sortie du village de Kayodé. Elle était la deuxième d'une fratrie de cinq. » (Consulté le 23 juillet 2021)

16 octobre 2018

Suicide d'un jeune guyanais en région parisienne – Véronique Bedz, Guyane La Première

« Les faits se sont produits dimanche matin. Thiézarré était chez lui, à Villeneuve la Garenne. Il devait rentrer, après son week-end de permission, à l'école de police de Nîmes, dans le Gard, où il étudiait depuis le début de l'année, pour devenir gardien de la paix. Selon les premiers éléments, le jeune homme n'aurait pas supporté un drame sentimental. Thiézarré avait 23 ans. » (Consulté le 23 juillet 2021)

14 septembre 2018

Un cadavre retrouvé dans une voiture à Matoury – France Guyane

« Un cadavre a été retrouvé hier matin dans une voiture au niveau du chemin Marc-Pamphile à Stoupan, à Matoury. Selon les premiers éléments de l'enquête de gendarmerie, il s'agit d'un suicide. » (Consulté le 23 juillet 2021)

3 août 2018

Mort dans un puits : sans doute un suicide – France Guyane

« L'autopsie d'Arsène Poteau a eu lieu hier après-midi à Cayenne. Elle a confirmé la mort par noyade de cet homme de 50 ans, retrouvé lundi matin au fond d'un puits à Macouria. Aucun élément sur une intervention extérieure n'a été repéré. L'hypothèse la plus plausible selon les enquêteurs est celle du suicide. » (Consulté le 23 juillet 2021)

2 août 2018

Guyane : un détenu à l'isolement se suicide – Guyane La Première

« Un détenu de 28 ans s'est pendu mardi soir alors qu'il avait été placé seul dans une cellule du quartier disciplinaire du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly, a annoncé ce jeudi le parquet de Cayenne. » (Consulté le 23 juillet 2021)

Suicide d'un détenu de 28 ans – France Guyane

« Un jeune détenu s'est suicidé mardi soir à la prison de Rémire-Montjoly. Ce Surinamais de 28 ans s'est pendu alors qu'il était à l'isolement dans le quartier disciplinaire. Il était arrivé récemment dans le centre pénitentiaire. Il venait d'être condamné à quatre ans de prison pour des faits de violence. Ce détenu connaissait déjà cette prison puisqu'il avait été incarcéré une première fois pour une affaire de stupéfiants. » (Consulté le 23 juillet 2021)

5 juillet 2018

Un homme menace de se suicider à Saint-Georges – Radio Peyi

« Un homme de 30 ans s'est enfermé dans la maison de sa belle-mère à Saint-Georges de l'Oyapock depuis cet après-midi. Il menace de se suicider et de faire sauter la maison. Pour l'heure, on ne connaît pas les raisons de ce geste. La gendarmerie et les pompiers sont sur place. Les habitants du quartier Maripa ont été évacués. Le GIGN et un négociateur sont arrivés en hélicoptère de Cayenne. » (Consulté le 26 juillet 2021)

Martinique

26 juin 2021

En Martinique, SOS KRIZ est à l'écoute de la détresse et de la souffrance humaine 24h/24 – Brigitte Brault, Martinique La Première

« Au service des autres, en vue de prévenir une crise suicidaire, mais pas seulement, SOS Kriz est de plus en plus sollicité pour apporter une écoute et répondre à la souffrance des appelants. 40 préventeurs ont suivi une formation pour intervenir efficacement pour aider les personnes en détresse. » (Consulté le 23 septembre 2021)

17 mai 2021

Leslie, une mère martiniquaise tue ses deux filles avant de mettre fin à ses jours à Saint-Germain-lès-Arpajon (Essonne) – Jean-Claude Samyde, Martinique La Première

« Un double infanticide s'est produit dans la nuit du samedi 15 au dimanche 16 mai 2021 à Saint-Germain-lès-Arpajon. Une mère ainsi que ses deux filles de 8 ans et 8 mois ont été retrouvées mortes dans leur appartement. Une enquête est confiée à la sûreté départementale de l'Essonne. » (Consulté le 23 septembre 2021)

29 janvier 2021

Le père tue ses deux enfants, sa femme et se suicide – France Antilles Martinique

« Ce drame survenu le jeudi 16 avril 1987 dans une famille foyalaise, avait bouleversé la Martinique. Il s'était déroulé vers 23h30 dans une maison située route de Moutte à Fort-de-France. Un homme de 31 ans, miné par la jalousie, avait tué son épouse et ses deux enfants avant de se donner la mort. Prévenus par les voisins, les gendarmes allaient trouver sur place les quatre cadavres. » (Consulté le 23 septembre 2021)

6 janvier 2021

Un homme saute du haut d'un pont au Morne-Rouge – RCI Martinique

« Un quadragénaire a été retrouvé dans le lit d'une rivière au Morne-Rouge. Souffrant de plusieurs traumatismes, il était malgré tout conscient lors de sa prise en charge par les secours. » (Consulté le 23 septembre 2021)

5 janvier 2021

522 appels de détresse rien qu'en décembre 2020 à SOS Kriz Martinique – Guy Etienne, Martinique La Première

« La plateforme SOS Kriz Martinique à l'écoute des personnes les plus vulnérables, tire son bilan pour 2020, "*une année de peur et d'incertitude*" note l'association, laquelle a traité 522 appels de détresse, rien qu'au mois de décembre. »

24 septembre 2020

Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique (CHUM) : deux cas de suicide en moins d'un mois – Bondamanjak

« En août dernier, un médecin chef de service œuvrant au Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique a mis fin à ses jours. Mi-septembre, un autre cas de suicide (un agent administratif) est venu ébranler cette structure sanitaire où les conditions de travail deviennent de plus en plus pénibles avec les épidémies combinées de covid-19 et de dengue. » (Consulté le 23 septembre 2021)

18 septembre 2020

Webinaire et conférence pour prévenir le suicide – Pascale Lavenaire, RCI Martinique

« A l'occasion de la journée mondiale de prévention du suicide (10 septembre), l'association SOS Kriz et ses partenaires organisent ce vendredi 18 septembre un Webinaire et conférences en présentiel sur le thème « Travaillons ensemble pour prévenir le suicide ». Les chiffres du suicide sont en hausse en Martinique en particulier dans le climat anxiogène créé par la pandémie. » (Consulté le 23 septembre 2021)

15 mars 2020

Diffusion sur Snapchat du suicide de la martiniquaise Océane Alger : sa famille porte plainte – Serge Bilé et Guy Etienne, Martinique La Première

« Le procès d'un homme de 22 ans, accusé d'avoir partagé sur les réseaux sociaux la photo du corps d'une Martiniquaise décédée, se tient ce lundi 16 mars 2020 à Paris. La jeune femme de 17 ans avait mis fin à ses jours après avoir été victime d'un escroc. » (Consulté le 23 septembre 2021)

19 septembre 2019

Journée mondiale de prévention du suicide : une grande conférence organisée – Cédric Catan, RCI Martinique

« Une grande conférence était organisée, ce jeudi dans le cadre de la journée mondiale de prévention du suicide. Plusieurs thématiques autour du suicide ont été abordées. » (Consulté le 23 septembre 2021)

23 avril 2019

Les conduites suicidaires demeurent préoccupantes en Martinique – Guy Etienne, Martinique La Première

« Santé Publique France vient de publier son bulletin de santé publique du mois de mars. Une édition consacrée aux conduites suicidaires en Martinique, dont les dernières données remontent à 2015. »

22 septembre 2018

Un infirmier anesthésiste du CHUM se suicide. Le personnel sous le choc – ZayActu

« Le personnel du CHU de Martinique est sous le choc suite au suicide d'un infirmier anesthésiste à son domicile. Une cellule d'écoute et d'accompagnement a été mise en place pour le personnel. » (Consulté le 23 septembre 2021)

1^{er} septembre 2018

Une mère désespérée se suicide avec ses enfants – France Antilles Martinique

« CES DRAMES QUI ONT ÉMU LES MARTINIQUAIS. Le vendredi 15 octobre 1982, le patron d'un restaurant situé à Tartane fait son footing quotidien sur la route déserte de la Caravelle, en pleine nature. Il est 7h30 environ. Grande est sa surprise quand il croise à cette heure matinale une fillette seule. Elle l'interpelle pour lui raconter une histoire stupéfiante. » (Consulté le 23 septembre 2021)

10 août 2018

Le suicide : l'enfer des causes extérieures – France Antilles Martinique

« Le suicide est un sujet grave qui soulève beaucoup d'interrogations. La plus importante est sans doute celle-ci : le suicide est-il un choix délibéré ou un acte déterminé par des causes extérieures ? Cette question est essentielle, car elle permet de mieux appréhender le phénomène suicidaire. »

19 juin 2018

Le suicide chez les enfants et les adolescents – France Antilles Martinique

« Pourquoi ? Cette question taraude les familles plongées dans la tristesse après le suicide d'un jeune enfant.

L'association Passerelle n'a pas la prétention d'apporter des réponses à cette douloureuse question, mais elle veut libérer la parole et proposer aux familles de chercher avec elles des pistes pour prévenir un tel acte chez l'enfant. » (Consulté le 23 septembre 2021)

17 avril 2018

[Braqueur au coutelas : il fait une tentative de suicide le lendemain de son incarcération - ZayActu](#)

« Le présumé braqueur au coutelas de Place d'Armes au Lamentin a tenté de mettre fin à ses jours en accrochant un drap à la fenêtre de sa cellule, le lendemain de son incarcération à la prison de Ducos. » (Consulté le 23 septembre 2021)

Mayotte

8 juin 2021

[Un quart des policiers confrontés à des idées suicidaires : Mayotte ne fait pas exception – Mayotte Hebdo](#)

« En 2019, 11% des Réunionnais présentaient un syndrome ou un état dépressif. Les femmes et les personnes âgées sont davantage concernées par ce trouble mental dans le département. Toutefois, l'état dépressif est nettement plus répandu dans les autres départements et régions d'Outre-mer. » (Consulté le 18 août 2021)

28 mai 2021

[Le DTPN à la rencontre de PEP'S, contre le suicide des policiers – Flash Infos](#)

« Le mardi 25 mai 2021, le commissaire divisionnaire Laurent Simonin, Directeur territorial de la police nationale de Mayotte rencontrait la référente pour Mayotte de l'association PEPS-SOS Policiers en détresse, Milanie Lecuyer, fonctionnaire de police en poste au sein du service territorial de la police aux frontières. Cette association de loi 1901, à but non lucratif, créée en septembre 2019 dont l'acronyme PEP'S signifie Policiers-Entraide-Prévention-Suicide, est un collectif de policiers, de tout grade et de tout corps, s'engageant dans la prévention du suicide. » (Consulté le 18 août 2021)

29 janvier 2021

[Mayotte : suicide d'un policier, le deuxième en moins d'un an – L'Info Kwezi](#)

« Un policier de Mayotte s'est suicidé hier en Petite Terre, quartier Bahoni. Il était formateur au centre de tir, et son corps a été découvert par la PAF (police aux frontières) aujourd'hui. » (Consulté le 19 août 2021)

8 janvier 2021

[Tribune libre. Les souffrances psychiques : une violence dissimulée par les institutions et par ses propres victimes – Flash Infos](#)

« Si la tendance actuelle consiste à donner de l'importance à la violence physique pour mieux prévenir la délinquance juvénile qui gangrène la société mahoraise, les différentes formes de maltraitances inter familiales et intrafamiliales, les agressions sexuelles (viols, incestes) dont subissent les femmes en particulier, nous accorderons une attention particulière aux conséquences psychiques de ces violences, dans tous les domaines. Non seulement parce qu'elles sont dissimulées mais aussi parce qu'elles poussent le plus souvent certains jeunes à utiliser des mécanismes de défense plus nocifs tel que le "passage à l'acte délictuel" et d'autres, à développer des "idées noires", voire des "pensées suicidaires", pour exprimer l'intensité de leur mal-être intérieur. » (Consulté le 20 août 2021)

8 octobre 2020

Les souffrances psychiques des jeunes mahorais – Mayotte La Première

« Grace à la thèse de doctorat de Rozette Yssouf, intitulée "Les jeunes Mahorais entre doute et peur, le choix de la sublimation contre l'effondrement psychique", les souffrances psychiques des jeunes mahorais ont fait l'objet d'une étude approfondie. » (Consulté le 18 août 2021)

5 octobre 2020

BDM : Suicide d'un des salariés dans le cadre du conflit en cours – Journal de Mayotte

« C'est l'abattement ce matin parmi les grévistes de Bourbon Distribution Mayotte (BDM) : un des leurs a mis fin à ses jours dans la nuit de dimanche à lundi. » (Consulté le 19 août 2021)

2 octobre 2020

Rozette Yssouf soutient la première thèse de doctorat sur les souffrances psychiques des jeunes mahorais – Mayotte Hebdo

« L'information est passée presque inaperçue. Au moment même où se tenait à l'hémicycle du Conseil départemental la remise de prix du concours « Érire au féminin », Rosette Yssouf, l'une des lauréates du concours littéraire, soutenait une thèse inédite à l'Université de Strasbourg sur « Les jeunes mahorais, entre doute et peu : le choix de la sublimation contre l'effondrement psychique », sous la direction de Monsieur Hossain Bendahman. » (Consulté le 19 août 2021)

17 juin 2020

Etudiants. Comment stopper la détresse ? – Mayotte Hebdo

« Le 11 juin dernier, une étudiante mahoraise de 26 ans était retrouvée morte dans son appartement d'une résidence étudiante de Saint-Étienne. Découverte par des ouvriers intervenant dans le cadre de travaux, la jeune femme était décédée plusieurs jours plus tôt, de mort naturelle*. Un drame qui met une fois de plus en avant l'isolement et la précarité psychologique de certains étudiants mahorais dans l'Hexagone. » (Consulté le 20 août 2021)

24 mars 2020

Suicide. "Il faut faire appel aux professionnels de la santé psychique à Mayotte" – Flash Infos

« L'information est passée inaperçue dans le contexte du moment, où tous les regards sont focalisés sur la propagation du Covid-19 à Mayotte. Pourtant, il y a quelques jours, une jeune mahoraise, étudiante à Angers, s'est suicidée. De quoi remettre une fois encore la douloureuse question de l'isolement de nos jeunes en métropole. Entretien avec la psychologue Rozette Yssouf, proche des associations d'étudiants mahorais, et dont le travail s'intéresse particulièrement à leur problématique. » (Consulté le 19 août 2021)

30 juillet 2019

Mayotte : manifestation suite au suicide d'un jeune congolais débouté de sa demande d'asile – Mayotte La Première

« Un congolais s'est suicidé à Mayotte. Sa demande d'asile avait été rejeté à plusieurs reprises. Des nombreux ressortissants congolais et autres africains ont manifesté, mardi, devant le siège de Solidarité Mayotte pour protester contre le mépris dont sont victimes des nombreux demandeurs d'asile. » (Consulté le 18 août 2021)

7 septembre 2018

De plus en plus de morts par noyade à Mayotte – Mayotte Hebdo

« L'agence sanitaire Santé publique France vient de publier une enquête de recensement de toutes les noyades, quelle qu'en soit la cause, répertoriées entre le 1er juin et le 30 août derniers. L'étude dénombre 492 décès sur cette période, soit une centaine de plus qu'en 2015 à la même époque. À Mayotte, les pompiers ont dénombré pas moins de 5 noyades mortelles depuis janvier dernier. Un chiffre qui augmente par rapport à l'an dernier. » (Consulté le 19 août 2021)

25 juillet 2018

Tentative de suicide à la maison d'arrêt de Majicavo – L'Info Kwezi

« Cette nuit, un détenu de la maison d'arrêt de Majicavo a tenté de mettre fin à ses jours. » (Consulté le 19 août 2021)

24 juillet 2018

Un mineur tente de se suicider à Majicavo – Journal de Mayotte

« Un mineur de 16 ans a tenté de mettre fin à ses jours ce mardi 24 juillet dans le quartier des mineurs du centre pénitentiaire de Majicavo, confirme le parquet. Il s'agirait d'un jeune homme psychologiquement fragile qui a déjà tenté de se suicider lors d'un récent séjour dans un centre éducatif fermé à La Réunion. » (Consulté le 19 août 2021)

La Réunion

29 juin 2021

[Un Réunionnais sur dix touché par la dépression](#) - Réunion La Première

« En 2019, 11% des Réunionnais présentaient un syndrome ou un état dépressif. Les femmes et les personnes âgées sont davantage concernées par ce trouble mental dans le département. Toutefois, l'état dépressif est nettement plus répandu dans les autres départements et régions d'Outre-mer. » (Consulté le 18 août 2021)

3 juin 2021

[Le rapport de l'enquête sur sa mort n'est pas diffusé. Suicide d'une enseignante en 2020 : le comité à l'origine du document refuse de siéger](#) – Imaz Press Réunion

« Ce jeudi 3 juin 2021, l'ensemble des membres représentants du personnel du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'Académie de La Réunion (CHSCTA) ont décidé de refuser de siéger. Une première depuis la création du comité. En cause : "la position de l'administration rectorale quant à la diffusion du rapport de l'enquête que nous avons effectuée suite au suicide d'une enseignante du Lycée Vue-Belle" dénoncent les syndicats. Le comité a ensuite rejoint l'intersyndicale lors de la manifestation des AESH devant le rectorat qui dénoncent leurs conditions de travail. » (Consulté le 20 août 2021)

25 mai 2021

[Prévention Suicide : "Jusqu'à 30 tentatives de suicide par jour à La Réunion"](#) – Antenne Réunion

« À La Réunion, un suicide survient tous les 3-4 jours. Un chiffre élevé et qui, malheureusement, ne diminue pas. Pour Danon Odrayen, présidente de l'association Prévention Suicide le sujet est loin d'être une "priorité nationale". » (Consulté le 18 août 2021)

10 mai 2021

[Une enquête judiciaire a été ouverte. GHER : une patiente fait une chute mortelle](#) – Imaz Press Réunion

« Le corps d'une patiente a été découvert au Groupe hospitalier de l'est, à Saint-Benoît, ce lundi matin 10 mai 2021. Victime d'une chute mortelle, la thèse du suicide serait privilégiée. Âgée de 72 ans, elle avait été hospitalisée vendredi dernier au sein d'une unité de gériatrie sécurisée. Le CHU a confirmé le décès, indiquant que la patiente "a ce matin échappé à la surveillance des équipes et a chuté du troisième étage". Une enquête judiciaire a été immédiatement ouverte, ainsi qu'une enquête interne "pour faire la lumière sur ce terrible accident". » (Consulté le 20 août 2021)

18 février 2021

[La procureure demande le respect du deuil de la famille. Meurtre à la Ravine du Gol : le frère de la victime retrouvé mort ce jeudi](#) – Imaz Press Réunion

« Le frère de la victime de la Ravine du Gol a été retrouvé mort ce jeudi 18 février 2021, moins d'une semaine après la découverte du corps de sa soeur. Habitant à la Plaine des Cafres, l'homme de 30 ans a été retrouvé pendu. L'enquête se dirige vers un suicide. La procureure de Saint-Pierre, Caroline Calbo, appelle au respect du deuil de la famille, alors que de nombreuses personnes se sont pressées ces derniers jours autour du domicile familial. » (Consulté le 20 août 2021)

16 février 2021

Covid-19 : la détresse amplifiée des personnes isolées – Réunion La Première

« La Réunion enregistre en moyenne un suicide tous les quatre jours. Un drame qui touche notamment les 15-29 ans dont c'est la deuxième cause de décès. Avec la crise sanitaire, le mal-être s'est accentué. Pour vaincre leur solitude, certains ont fait la démarche de se confier à des écoutants. » (Consulté le 18 août 2021)

5 février 2021

SOS Solitude 974. Prévention du suicide : une table ronde organisée le 19 février – Imaz Press Réunion

« Le 6 février marque la Journée nationale de prévention du suicide. L'occasion de rappeler que l'association SOS Solitude 974 organisera une table ronde en Facebook live le vendredi 19 février. De 13h30 à 16h, plusieurs intervenants se succéderont en direct pour aborder les différentes problématiques liées au suicide et notamment la nécessité de rassembler et de libérer la parole à ce sujet. Entre 2013 et 2015, en moyenne, 91 personnes sont décédées par suicide à La Réunion selon l'Observatoire régional de la santé océan Indien (ORS). » (Consulté le 18 août 2021)

7 novembre 2020

Un ado se jette du pont Vinh-San – Journal de l'Île de La Réunion

« Les secours ont été alertés hier vers 10h30 par des témoins ayant vu un jeune homme sauter dans le vide du haut du pont Vinh-San. À leur arrivée à l'aplomb du pont, les pompiers vont trouver cet adolescent de 17 ans encore conscient, mais souffrant de multiples fractures. » (Consulté le 18 août 2021)

7 octobre 2020

Suicides sur le pont Vinh-San : un passage à l'acte qui inquiète – Journal de l'Île de La Réunion

« Un dispositif anti-suicide a été mis en place en 2017 sur le pont Vinh-San. Aujourd'hui, bien que les tentatives ne connaissent pas une hausse significative, la DEER a décidé de rehausser ces filets afin d'augmenter le niveau de sécurité. » (Consulté le 18 août 2021)

9 avril 2020

SOS Solitude et Prévention Suicide à l'écoute du confinement – Journal de l'Île de La Réunion

« Rechute dans l'alcool, dépression, violences conjugales, rupture amoureuse... Les associations d'écoute enregistrent une très nette augmentation des appels de détresse dus au confinement. » (Consulté le 18 août 2021)

5 mars 2020

Un homme se suicide après avoir agressé sa compagne – Journal de l'Île de La Réunion

« Mardi soir un homme qui n'aurait pas accepté la séparation avec sa concubine a perdu le contrôle et a roué de coups la femme qu'il aimait. Il s'est ensuite muni d'un sabre pour la blesser au niveau des bras. La victime qui a finalement pu le raisonner a pu contacter les secours qui l'ont rapidement prise en charge. L'agresseur s'est ensuite suicidé avec sa voiture dans le port de Saint-Pierre. » (Consulté le 18 août 2021)

21 février 2020

SOS Solitude : Un vrai mal-être psychologique chez les seniors – Antenne Réunion

« À La Réunion, de plus en plus de gramounes sont isolés. Ce vendredi, l'association SOS Solitude organise un colloque à l'Université du Tampon à l'occasion de la Journée nationale de prévention du suicide. Le thème de cette année : "Bien-être et mal-être psychologiques chez les seniors". L'objectif de cette réunion est de faire le point sur l'accompagnement psycho-social du vieillissement dans la zone Océan Indien. » (Consulté le 4 août 2021)

Prévention du suicide : l'importance des oreilles attentives – Réunion La Première

« 91 personnes en moyenne, mettent fin à leur vie, chaque année, sur l'île. La Réunion est ainsi, devenu le département d'Outre-mer où l'on se suicide le plus. Un colloque se tient depuis ce matin, sur le campus du Tampon, sur le bien-être et le mal-être psychologique chez nos gramounes. » (Consulté le 18 août 2021)

14 février 2020

Saint-Pierre : Le piéton s'est suicidé – Journal de l'Île de La Réunion

« Samedi soir, une voiture de marque Peugeot a heurté un individu sur la 4 voies dans le sens Saint-Pierre/Le Tampon au niveau du pont de La Route de la Zone industrielle numéro 2, qui mène à l'échangeur de La Salette vers Bassin Plat. L'intervention rapide des secours n'a pu empêcher le décès de cet homme. » (Consulté le 18 août 2021)

11 février 2020

Saint-Paul. Une application pour prévenir le mal-être et le suicide – Imaz Press Réunion

« En moyenne à La Réunion, deux personnes se donnent la mort par suicide par semaine. Et il est difficile de mesurer le nombre de tentatives de suicide. Si l'île figure en haut du palmarès des départements les plus touchés, le mal-vivre qui peut conduire au suicide touche l'ensemble du territoire français. Raison pour laquelle, des chercheurs de l'Inserm (L'Institut national de la santé et de la recherche médicale) ont travaillé sur un outil numérique qui vise à apporter un soutien à la personne en souffrance, à prévenir du suicide. Baptisée StopBlues, l'application est téléchargeable gratuitement sur IOS et Android. Nous publions le communiqué de la ville de Saint-Paul. » (Consulté le 20 août 2021)

Stop-blues, l'application qui aide à lutter contre le suicide – Journal de l'Île de La Réunion

« Avec beaucoup de retard à l'allumage, l'application Stop-blues est lancée à la Réunion. Basée sur un projet de recherche de l'Inserm, elle doit aider les personnes en détresse à trouver rapidement une aide. » (Consulté le 4 août 2021)

10 février 2020

StopBlues : une application pour lutter contre la dépression et le suicide – Réunion La Première

« L'application StopBlues est un outil numérique de prévention du mal-être et du suicide. Elle a pour vocation principale d'inciter les personnes majeures en souffrance à rechercher de l'aide. » (Consulté le 18 août 2021)

6 février 2020

Sensibilisation. Journée nationale pour la prévention du suicide – Imaz Press Réunion

« La journée du 6 février marque la Journée nationale pour la prévention du suicide. A La Réunion, les acteurs se mobilisent. Catherine Saminadin, présidente de l'Association SOS Solitude, et de David Goulois, superviseur du Sud et psychologue étaient rassemblés ce jour sous la supervision de l'Union Nationale de Prévention du Suicide pour rappeler les actions à mettre en place et les priorités à garder à l'esprit face aux personnes en détresse. Nous publions ci-dessous le communiqué de l'Union Nationale de Prévention du Suicide. » (Consulté le 20 août 2021)

Le ti père d'Eliana a fait une tentative de suicide en prison – Journal de l'Île de La Réunion

« C'est une sordide affaire qui a marqué les esprits dans la commune de l'est et sur l'ensemble de l'Île. Fin mars 2018, la petite Eliana, 2 ans, était retrouvée sans vie. L'autopsie réalisée alors mettait en évidence des fractures ainsi que l'altération de plusieurs organes compatibles avec des violences. Le 12 avril, sa mère Pascaline Guilgori et le compagnon de celle-ci, Cédric Babas, étaient mis en examen et écroués pour violences sur mineur de 15 ans ayant entraîné la mort par ascendant et personne ayant autorité. Emprisonné au moment des faits, le père biologique d'Eliana n'avait pas supporté la nouvelle de la mort de sa fille et s'était donné la mort dans sa cellule quelques jours après. » (Consulté le 18 août 2021)

14 janvier 2020

Saint-Pierre : Suicide à la rivière d'Abord – Journal de l'Île de La Réunion

« Une personne a mis fin à ses jours, se précipitant du haut du pont de la rivière d'Abord à Saint-Pierre. » (Consulté le 18 août 2021)

30 novembre 2019

Tentative de suicide à l'hôtel de ville – Journal de l'Île de La Réunion

« Une Tamponnaise de 57 ans s'est enfermée dans les toilettes de l'hôtel de ville, vendredi après-midi et a avalé des médicaments neuroleptiques. Contrairement aux premières informations recueillies, il ne s'agit pas d'une employée communale. Cette femme, particulièrement dépressive aux dires de sa famille, voulait intercéder en faveur d'une autre personne, pour un dossier ayant trait au logement. » (Consulté le 18 août 2021)

29 novembre 2019

"Accidents de travail et tentatives de suicide", selon l'intersyndicale. Mairie de La Possession : débrayage des employés communaux – Imaz Press Réunion

« Ce vendredi matin 29 novembre 2019, les employés communaux syndiqués à la CGTR, à FO ou encore à la CFTC ont organisé un débrayage devant la mairie de La Possession. La cause de leur colère : un manque d'organisation au sein de la municipalité qui causerait un grand stress et de la souffrance chez les employés. L'intersyndicale dénonce des "accidents de travail et des tentatives de suicide". » (Consulté le 20 août 2021)

26 novembre 2019

Suicide à La Réunion : les nouveaux outils de prévention – Antenne Réunion

« Le suicide est le signe majeur d'une grande détresse. À La Réunion, il s'agit de la première cause de mortalité chez les plus jeunes. Peines de coeur, violences intra-familiales, addictions... font partie des facteurs majeurs qui poussent de nombreuses personnes à passer à l'acte. Pour aider les personnes fragiles, l'ARS OI déploie à La Réunion de nouvelles pistes de prévention. » (Consulté le 4 août 2021)

16 octobre 2019

Sauvée du suicide – Journal de l'île de La Réunion

« Une femme de 44 ans a tenté de mettre fin à ses jours, hier midi, sur le pont de l'Entre-Deux, en franchissant le parapet mais également les barbelés installés en prévention des funestes déterminations. Deux gendarmes, deux policiers et des sapeurs-pompiers sont intervenus pour lui porter secours, non sans blessures occasionnées par les barbelés. » (Consulté le 18 août 2021)

3 octobre 2019

La directrice d'école s'est suicidée dans son établissement. Les syndicats enseignants devant le rectorat pour rendre hommage à Christine Renon Les syndicats de police mobilisés devant Malartic – Imaz Press Réunion

« Un préavis de grève a été déposé nationalement par les syndicats enseignants pour ce jeudi 3 octobre 2019. Le mouvement est suivi à La Réunion, où les syndicats se sont donnés rendez-vous devant le rectorat à 14 heures pour manifester. Sur place, le recteur refuserait actuellement de rencontrer une représentante syndicale, qui souhaite déposer une gerbe en l'honneur de Christine Renon, qui s'est suicidée le week-end du 21-22 septembre et a motivé ce mouvement de grève. Cette directrice d'une école élémentaire de Pantin (Seine-Saint-Denis) a mis fin à ses jours en laissant derrière elle une lettre où elle dénonce les conditions de travail des personnels d'établissements scolaires. Dans l'île, comme sur le reste du territoire national, les enseignants se mobilisent pour "rendre à Christine Renon l'hommage qu'elle mérite". » (Consulté le 4 août 2021)

2 octobre 2019

Après une vague de suicides. Les syndicats de police manifestent à Saint-Denis – Imaz Press Réunion

« Les syndicats de police se mobilisent ce mercredi 2 octobre 2019. SGP Police, UNSA et Alliance police nationale sont rassemblés sur le parvis de l'hôtel de police Malartic à Saint-Denis. Plusieurs dizaines de personnes sont sur place pour exprimer leur colère, en écho au mouvement national qui se déroule également ce mercredi. Ils réagissent à la vague de suicides qui subit dans leurs rangs depuis le début de l'année : cinquante policiers sont morts, en raison notamment des mauvaises conditions de travail. » (Consulté le 4 août 2021)

[LIVE] "Trop de suicides dans nos rangs" : Les syndicats de police mobilisés devant Malartic – Zinfos 974

« SGP Police et Alliance Police Nationale appellent au rassemblement sur le parvis de l'hôtel de police Malartic ce mercredi, en écho au mouvement national des syndicats de police. Alors qu'une cinquantaine de policiers se sont donné la mort depuis le début de l'année, les organisations syndicales demandent de meilleures conditions de travail. » (Consulté le 4 août 2021)



10 septembre 2019

Journée mondiale de sensibilisation contre le suicide. Le suicide, deuxième cause de décès chez les jeunes Réunionnais – Imaz Press Réunion

« Ce mardi 10 septembre 2019 marque la journée mondiale de sensibilisation contre le suicide. Une problématique importante à La Réunion, où le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes, après les accidents de la route. » (Consulté le 4 août 2021)

400 jeunes hospitalisés chaque année pour tentative de suicide – Journal de l'île de La Réunion

« Ce 10 septembre, c'est la journée mondiale de prévention du suicide. L'occasion de parler d'un sujet encore tabou mais qui était sous les rampes de l'actualité ces derniers jours. L'association Prévention Suicide organisera des actions prochainement. » (Consulté le 4 août 2021)

6 septembre 2019

Il avait une trentaine d'années. Un ancien policier retrouvé mort à son domicile – Imaz Press Réunion

« Un ancien policier du Port a été retrouvé mort dans sa baignoire dans la nuit du jeudi 5 au vendredi 6 septembre 2019 à son domicile de Piton Saint-Leu. Selon une source proche de la police, l'homme d'une trentaine d'années ne faisait plus partie des rangs de la police nationale depuis plus d'un an suite à des ennuis disciplinaires et judiciaires. En proie à des soucis personnels, toujours selon cette même source, ce père de quatre enfants se battait depuis plusieurs mois, avec son avocat, pour réintégrer son poste au sein de la police. Pour le moment, la thèse du suicide est privilégiée par les enquêteurs mais celles du malaise ou de l'accident ne sont pas pour autant écartées. » (Consulté le 4 août 2021)

24 août 2019

Un infirmier anesthésiste s'est suicidé dans les locaux du GHER – Imaz Press Réunion

« Les services de l'hôpital de Saint-Benoît ont annoncé la nouvelle par communiqué ce samedi 24 août 2019 "c'est avec une immense tristesse et une grande émotion que la Direction du GHER vous informe d'un événement tragique qui s'est produit cette nuit au GHER. Un de nos collègues infirmier anesthésiste a mis fin à ses jours." Aucune précision sur les circonstances de ce drame "nous mettons tout en oeuvre pour essayer d'en comprendre le contexte". L'hôpital précise "une cellule d'accompagnement psychologique a été mise en place et un CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ndlr) sera réuni dès lundi" et termine par "nos pensées vont vers sa famille et ses collègues du bloc opératoire." » (Consulté le 4 août 2021)

1er mai 2019

Entre-Deux : un gendarme se suicide avec son arme de service – Réunion La Première

« Ce drame à la gendarmerie de l'Entre-Deux. Un père de famille s'est suicidé pour des raisons qui restent encore à déterminer. Le militaire dirigeait la caserne. Une enquête est en cours. » (Consulté le 18 août 2021)

Ce que l'on sait. Entre-Deux : suicide d'un gendarme avec son arme de service – Imaz Press Réunion

« Ce drame à la gendarmerie de l'Entre-Deux. Un père de famille s'est suicidé pour des raisons qui restent encore à déterminer. Le militaire dirigeait la caserne. Une enquête est en cours. » (Consulté le 18 août 2021)

20 avril 2019

Saint-Denis : Un rassemblement pour dire "stop" aux suicides dans la police – Journal de l'île de La Réunion

« Ce 10 septembre, c'est la journée mondiale de prévention du suicide. L'occasion de parler d'un sujet encore tabou mais qui était sous les rampes de l'actualité ces derniers jours. L'association Prévention Suicide organisera des actions prochainement. » (Consulté le 4 août 2021)

4 avril 2019

De la fragilité de nos jeunes – Journal de l'île de La Réunion

« Synonyme de changement, la jeunesse est une période où filles et garçons opèrent leurs choix de vie. Dans une étude financée par l'ARS, l'Observatoire Régional de la Santé Océan Indien (ORS OI) s'est penché sur leurs situations. » (Consulté le 4 août 2021)

19 mars 2019

Alcoolisme problématique, suicides, dépression... Les chiffres préoccupants de la santé mentale – Imaz Press Réunion

« À l'occasion de la semaine d'information en santé mentale, l'Observatoire régional de la santé - Océan Indien a publié une étude sur la santé mentale à La Réunion. De nombreux éléments en ressortent : alcoolisme problématique, taux de suicide plus élevés qu'en métropole, prévalence des femmes chez les malades souffrant de dépression... » (Consulté le 4 août 2021)

22 février 2019

Prévention suicide : comment protéger les plus jeunes ? – Antenne Réunion

« Ce vendredi est marqué par la Journée nationale du suicide. Les professionnels de santé invitent la population à se retrouver pour discuter de ce mal-être invisible. » (Consulté le 4 août 2021)

Suicide : l'écoute attentive, l'acte d'urgence de prévention – Réunion La Première

« Avec 90 décès par an en moyenne et plus de 1200 tentatives de commettre l'irréparable, le suicide est une question de société à La Réunion. Le 22 février, un colloque est organisé sur le campus universitaire du Tampon sur le thème de l'adolescence. Au menu, réflexion et espoir. » (Consulté le 18 août 2021)

8 février 2019

Le suicide : Première cause de mortalité chez les jeunes à La Réunion – Zinfos 974

« Le suicide est devenu désormais la première cause de mortalité chez les jeunes à La Réunion avant les accidents de la route. Dans le cadre de la Journée nationale de prévention Suicide, l'association SOS Solitude organise ainsi son colloque annuel sur le thème de "Adolescence et mal-être". » (Consulté le 4 août 2021)

25 décembre 2018

Ne restez pas seul. SOS Solitude : un appel peut sauver une vie – Imaz Press Réunion

« Pour la majorité des gens, les fêtes de fin d'année sont synonymes de partage, convivialité, bonheur, en famille, entre amis, c'est généralement un moment où tout le monde se retrouve. Mais pour d'autres, ces festivités ne sont que le rappel de leur solitude, de leur détresse et de leur mise à la marge de la société. Plusieurs études ont démontré que le nombre de suicides connaît un pic à cette période de l'année. L'association SOS Solitude a été créée pour venir en aide à ces personnes seules et désemparées. Les écouter, pour qu'elles ne commettent pas l'irréparable. 0262 970 000 : ce numéro peut sauver des vies. » (Consulté le 4 août 2021)

15 novembre 2018

VigilanS pour diminuer le nombre de suicides – Journal de l'île de La Réunion

« Ce dispositif permet de garder le contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide. Déjà déployé en métropole et en Martinique, il a fait les preuves de son efficacité. » (Consulté le 4 août 2021)

Pour suivre ceux qui ont voulu en finir avec la vie. Vigilans, un dispositif de prévention de la récurrence du suicide lancé à La Réunion – Imaz Press Réunion

« Développé en 2015 par le Pr Guillaume Vaiva du CHRU de Lille, le dispositif Vigilans est désormais lancé à La Réunion. Présent sur l'île à l'occasion des XIèmes Journées de la Psychiatrie dans l'Océan Indien, le Professeur Guillaume Vaiva, au cours d'une conférence de presse à l'Établissement Public de Santé Mentale de la Réunion le mercredi 14 novembre 2018, a présenté les grands axes de ce dispositif de prévention de la récurrence du suicide qui a permis une diminution de 13,4% des passages aux urgences de Lille pour tentative d'autolyse et quasiment autant de taux de mortalité en moins. » (Consulté le 4 août 2021)

Une contre-autopsie nierait le suicide. Saint-Pierre : le procureur dément les rumeurs d'homicide – Imaz Press Réunion

« Le procureur Laurent Zuchowicz a réagi à certains échos dans la presse, faisant état d'une contre-autopsie pratiquée sur le corps de Yoan Spanu, ce détenu retrouvé mort dans sa cellule début novembre. Contre-autopsie qui concluerait à un homicide, comme certains membres de la famille en sont convaincus depuis la découverte du corps. Pour le Procureur, dans le cadre de l'enquête pour recherche des causes de la mort ouverte par le parquet de Saint-Pierre, et toujours en cours, "l'autopsie réalisée par deux médecins légistes de l'institut médico-légal de la Réunion a conclu sans équivoque à un décès par suicide". » (Consulté le 20 août 2021)

8 novembre 2018

Il se suicide en prison après l'avoir annoncé au juge – Journal de l'île de La Réunion

« Mis en examen pour tentative d'homicide après avoir frappé son colocataire avec un manche à balai, Yoan S., 32 ans, venait d'être placé en détention provisoire. Il a mis fin à ses jours hier matin. » (Consulté le 18 août 2021)

12 septembre 2018

Saint-Denis - Il menaçait de faire exploser son appartement. Moufia - L'homme retranché chez lui a été maîtrisé – Imaz Press Réunion

« Un homme de 24 ans, père de famille s'était retranché chez lui dans un appartement du quartier des Olympiades au Moufia (Saint-Denis). Une forte odeur de gaz était détectée et il menaçait de se suicider en faisant "tout exploser". » (Consulté le 20 août 2021)

10 septembre 2018

2 conférences pour la journée mondiale de prévention du suicide – Journal de l'île de La Réunion

« Lundi 10 septembre, c'est la journée mondiale de prévention du suicide. Pour cette journée, APS (Association Prévention Suicide) organise deux conférences débats sur la compréhension et connaissance de la problématique du suicide et des moyens de prévention à La Réunion. » (Consulté le 4 août 2021)

Camille, après sa tentative de suicide : "Penser à demain qui sera beau" – Réunion La Première

« Témoignage rare, à l'occasion de la Journée mondiale de prévention du suicide : Camille, une mère de famille ayant tenté de mettre fin à ses jours en décembre dernier, était l'invitée de la matinale sur Réunion La 1^{ère} radio. » (Consulté le 4 août 2021)

22 août 2018

3% des jeunes de 17 ans ont déjà tenté de se donner la mort. Suicide des adolescents : un drame pas toujours évitable — Imaz Press Réunion

« Un homme de 24 ans, père de famille s'était retranché chez lui dans un appartement du quartier des Olympiades au Moufia (Saint-Denis). Une forte odeur de gaz était détectée et il menaçait de se suicider en faisant "tout exploser". » (Consulté le 20 août 2021)

19 juin 2018

Une jeune fille de 11 ans fait une tentative de suicide dans son école – Réunion La Première

« Une jeune fille de 11 ans a tenté de mettre fin à ses jours dans son école de Saint-Denis, ce mardi 19 juin. Elle aurait avalé des cachets pendant la pause déjeuner, avant d'être prise en charge par les secours. Ses jours ne sont pas en danger. » (Consulté le 18 août 2021)



Annexe 3 : Points communs et spécificités des DROM – Synthèse des recherches bibliographiques et des revues de presses territoriales

AXE 1. Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances

I. Données de mortalité

- Centre d'épidémiologie des causes médicales de Décès de l'Institut national de santé et de recherche médicale (CépiDc-Inserm)

Les données de mortalité sont issues de la base de données nationale des causes de décès élaborée annuellement par le CépiDc de l'Inserm. Cette dernière constitue la principale source de données relative à la mortalité par suicide. Les informations proviennent des mentions portées sur le certificat médical de décès rédigé par le médecin ayant constaté le décès.

Les décès sont codés selon la dernière révision de la classification internationale des maladies (CIM10) depuis 2000.

Limites :

Le nombre de décès par suicide est sous-estimé en raison de la difficulté d'affirmer la nature intentionnelle d'un certain nombre de morts violentes. De plus, les certificats de décès ne sont pas toujours renvoyés au CépiDc (service de l'Inserm qui assure la production des statistiques des causes médicales de décès), ou peuvent être renvoyés sans mention des causes du décès. Par ailleurs, plusieurs instituts de médecine légale ne transmettent pas systématiquement les résultats des autopsies au CépiDc. De ce fait, un certain nombre de suicides sont comptabilisés en tant que décès de "causes inconnues" ou décès par "traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention".

À Mayotte, les données de mortalité particulièrement par suicide sont sous-estimées (petits effectifs), car souvent les familles refusent de déclarer l'origine du décès lorsqu'il s'agit d'un suicide. Dans la culture mahoraise le suicide est un sujet tabou et dans la religion musulmane (majoritairement à Mayotte) l'acte de suicide est interdit.

II. Données de morbidité

- **Le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM)**

Le SNIIRAM regroupe les données de dépenses et de remboursements de soins (consultations, actes médicaux, médicaments) effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins du secteur libéral. En outre, il permet d'accéder à des informations sur les bénéficiaires et sur les professionnels de santé ayant délivrés les soins ainsi que les prescripteurs. Ces données sont historiquement appariées aux données d'hospitalisations afin de disposer d'un suivi de leur parcours de soins ville-hôpital.

Les données du SNIIRAM sont restituées de trois sortes :

- Des bases de données thématiques de données agrégées pour le suivi des dépenses (DAMIR) ou encore l'analyse de l'offre de soins libéral ;
- Un échantillon général des bénéficiaires (EGB) de la population couverte qui permet de réaliser des études longitudinales et d'analyser le parcours individuel de près de 660 000 bénéficiaires en ville et à l'hôpital ;
- Une base de données individuelle exhaustive des bénéficiaires (DCIR) qui permet d'étudier la consommation de soins des bénéficiaires.

Elles permettent également d'identifier les pathologies, psychiatriques ou non, prises en charge en milieu hospitalier en amont du décès. Elles sont à même de pallier au biais de certification médicale des états morbides ayant pu contribuer au suicide et mettre en exergue les facteurs déterminants.

- **Les données d'hospitalisations en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) à partir du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)**

Le PMSI est un outil de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Les données du PMSI sont diffusées par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Elles concernent à la fois des établissements publics et privés. Les données du PMSI permettent une analyse par séjours, l'analyse des profils des patients nécessite quant à elle une procédure dite de « chaînage ». Cette dernière permet de relier les différents séjours d'une même personne hospitalisée, grâce au numéro anonyme unique. Les dernières données disponibles datent de 2011.

Selon l'ATIH, le codage des hospitalisations pour tentatives de suicide doit mentionner un diagnostic associé (DAS) avec un code X60-X69 « auto-intoxication » ou X70-X84 « lésion auto infligée », ainsi qu'un diagnostic principal (DP) codé dans le chapitre XIX « lésions traumatiques, empoisonnement, et certaines autres conséquences de causes externes ».

En pratique et compte tenu des difficultés rencontrées en termes de codage (absence de codage, imprécisions, etc.), tous les séjours mentionnant un DAS X60-X84 sont pris en compte pour l'analyse quel que soit le codage mentionné en diagnostic principal. La qualité du codage peut être évaluée en comparant les codes DAS aux codes DP.

Les principales limites relatives à la base PMSI renvoient à la qualité des données, ainsi :

- Le PMSI répertorie exclusivement les séjours ayant fait l'objet d'une prise en charge hospitalière, toutes les tentatives de suicide ne sont donc pas systématiquement comptabilisées. C'est notamment le cas des passages dans les services d'urgences pour TS sans hospitalisation. Sur le plan national, selon les données de la Drees, 66 % des arrivées aux urgences pour TS sont hospitalisées.
- Les tentatives de suicide ne sont pas/peu codées en diagnostic principal, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de manque de remplissage de cet item
- Les séjours de la base PMSI regroupent, par ailleurs, sans les distinguer, les prises en charge initiales pour tentative de suicide, les ré hospitalisations consécutives à la tentative, les récidives.

• Le recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie (RIMP)

Le RIMP a été créé en 2006 et concerne tous les établissements de santé exerçant une activité en psychiatrie, privé ou public, et rend obligatoire la saisie de l'activité. Les données sont identiques à celles de la base PMSI MCO. Cependant, d'autres données sont transmises :

- Nature de la prise en charge : hospitalisation à temps plein, à domicile, à temps partiel, ...
- Informations relatives aux séquences (séjour avec interruption)
- Dépendance à l'habillement, à l'alimentation

Mayotte

Les données liées aux séjours d'hospitalisations pour « tentatives de suicides » ne sont pas/peu codées.

L'ensemble de ces sources (mortalité, morbidité) sont regroupées dans le Système National des Données de Santé (SNDS) et sont intéressantes pour appréhender les conduites suicidaires :

- Études des consommations de soins antérieurs/postérieurs à la tentative de suicide et/ou à la mort par suicide (ex : handicap transitoire et/ou durable survenu avant et/ou après la tentative de suicide).
- Études possibles sur le recours aux soins
- Possibilité de suivre dans le temps des individus en étudiant leurs comportements et trajectoires socio-démographiques grâce à l'Échantillon Démographique Permanent (EDP)

(environ 4 millions d'individus) grâce à la récolte de données pour lesquelles il n'y a pas d'effets de mémoire.

Néanmoins, quelques limites sont à signaler :

- Pas de chaînage des patients faisant l'objet d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire
- Uniquement des patients qui ont recours aux soins
- Niveau d'information inégal selon régime d'assurance maladie
- Non prise en charge de la psychothérapie par l'Assurance Maladie et impossibilité de mesurer un potentiel non-recours au soin notamment pour raison financière.
- Pas de données sociales (à l'exception de la C2S)
- Pas de notions d'antécédents familiaux et pas de résultats d'examens.

III. Données d'offre de soins et prise en charge

- La Statistique annuelle des établissements (SAE)

La SAE est une enquête administrative, exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DROM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Les données sont collectées par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), direction du ministère des solidarités et de la santé.

Le bordereau PSY dont les données sont téléchargeables sous forme de base de données sur l'espace [data.drees](https://data.drees.fr) permettent l'analyse de l'offre de soins disponible en région.

- Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)

Ce répertoire recense l'ensemble des établissements sanitaires et sociaux notamment ceux du champ santé mentale en France et leur capacité d'accueil. Les données sont actualisées quotidiennement par la DREES et par les ARS de chaque territoire.

IV. Données d'enquête

Plusieurs enquêtes sont réalisées dans les DROM et bien qu'elles ne ciblent pas spécifiquement la thématique des conduites suicidaires, elles s'inscrivent dans un cadre plus global qui est celui de la santé mentale.

- **Enquête ESPAD**

L'enquête ESPAD est une enquête quadriennale en milieu scolaire qui se déroule au même moment avec un questionnaire commun dans une quarantaine de pays en Europe depuis 1999. Elle permet ainsi de comparer la santé et les comportements à risques comme les consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, cocaïne,) des jeunes adolescents scolarisés au sein des principaux pays de l'Union européenne.

Cette enquête ESPAD, auprès des lycéens, a été mise en place pour la première fois dans les territoires d'Outre-Mer en 2015.

- **Enquête ENCLASS**

L'enquête Enclass est réalisée en France sous la responsabilité scientifique de l'OFDT en partenariat avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm U 1178) et le Ministère de l'Éducation Nationale. Cette enquête porte sur les collégiens et lycéens âgés de 11 à 18 ans à propos de leur bien-être, de leurs comportements de santé et consommations de substances psychoactives. Des questions portent spécifiquement sur les conduites suicidaires.

- **Enquête Baromètre Santé DOM 2014 [4]**

Santé publique France (ex Inpes) mène depuis les années 90 des enquêtes appelées « Baromètre Santé », qui ont pour objectif de décrire les comportements, attitudes et perceptions de santé des Français. Pour la première fois, une extension de cette enquête a été mise en œuvre en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane et à La Réunion. Un échantillon représentatif de plus de 8 000 individus a été interrogé sur leurs opinions et comportements en matière de santé. Les thèmes de santé abordés incluent une partie classiquement suivie dans l'Hexagone (consommations de tabac, d'alcool, accès aux dépistages, recours aux soins, conduites suicidaires...), ainsi que des sujets relevant de problématiques de santé publique spécifiques, identifiés en partenariat avec les acteurs de santé travaillant dans ces territoires : diabète, alimentation, usages détournés de médicaments, ...

- **L'enquête "Santé Mentale en Population Générale : images et réalités"(SMPG)**

Il s'agit d'une recherche-action internationale multicentrique, menée depuis 1997. Utile pour la définition des besoins en santé mentale et nécessaire à l'évaluation des perceptions relatives à la santé mentale, cette recherche multicentrique est un outil d'aide à l'élaboration des politiques locales et nationales de santé mentale.

Les objectifs de cette enquête sont :

- Décrire les représentations mentales liées à la "folie", "la maladie mentale", "la dépression" et aux différents modes d'aide et de soins, et estimer la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans.
- Sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale dans la population générale.

Dans les DROM, l'enquête a été réalisée en Guadeloupe en 2014, à Mayotte en 2016, en Guyane et à La Réunion en 2021

La Réunion

Étude Gramoune Care 2016-2017²¹

« Gramoune Care » est une enquête réalisée conjointement par l'ARS Océan Indien, le DMG (Département de Médecine Générale de l'Université de La Réunion), et le CGEOI (Collège des Généralistes Enseignants Océan Indien). Son objectif, dans un contexte de vieillissement de la population réunionnaise, est d'apporter un éclairage sur l'état de santé et les conditions de vie des personnes âgées à La Réunion. Première enquête du genre, les résultats ont pour but d'éclairer la mise en œuvre et le suivi des actions collectives de prévention du vieillissement, et d'accompagnement des personnes âgées.

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée par entretien individuel portant sur 875 patients âgés de 65 ans et plus vivants à domicile à La Réunion. Elle a été mise en œuvre du 1er juillet 2016 au 31 mars 2017. Les entretiens ont été réalisés par les médecins généralistes libéraux ou les internes en stage au sein des cabinets de médecine générale répartis sur l'ensemble de l'île, soit en consultation, soit au domicile des patients.

Le questionnaire comporte deux volets : un volet social et un volet médical. Les questions du volet social portent sur les caractéristiques principales de la personne enquêtée et sur ses conditions et modes de vie. Les questions du volet médical concernent principalement quatre tests de dépistage relatif à l'état nutritionnel, à la mobilité, aux troubles cognitifs, aux troubles de l'humeur, mais également sur la polymédication et le recours au professionnel de santé.

Cette enquête éclaire sur la thématique de la santé mentale, notamment en termes de risque de dépression chez les personnes âgées. Ce dernier étant un facteur de risque dans la survenue de conduites suicidaires.

Guadeloupe

Enquête SAMU en 2007

Cette enquête a été réalisée auprès des services d'urgence de quatre établissements hospitaliers de Guadeloupe, au cours de l'année 2007. À partir des questionnaires papiers renseignés par les urgentistes de ces établissements, l'échelon statistique de la Guadeloupe, une base de données a été constituée et ensuite exploitée par le SESAG. Le présent document ne prétend pas à l'exhaustivité. Il ne vise qu'à mettre à la disposition de toute personne intéressée, les toutes premières données issues des tris à plat de cette base. Toutes les exploitations complémentaires sont possibles et réalisables soit à Gourbeyre par l'échelon statistique de Guadeloupe, soit à Fort-de-France par le SESAG²².

²¹ Caliez F. Etat de santé et conditions de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus à La Réunion Gramoune care 2016/2017. In extenso. 2018;(6):1-24.

²² Approche statistique du suicide en Guadeloupe. (Premiers résultats de l'enquête réalisée auprès des services d'urgence en 2007). Directions de la santé et du développement social de Guadeloupe et Martinique

V. Acteurs mobilisés dans l'observation du suicide et systèmes d'information existants

- Les Agences régionales de santé (ARS)

Les ARS sont des acteurs importants sur les territoires, leurs actions sont détaillées dans la partie relative à l'axe 4 sur l'environnement sanitaire.

À noter pour ce thème qu'en Guyane l'ARS a contribué à la mise en place d'un Centre de Ressources Prévention Suicide (CRPS) en septembre 2020. Porté par le pôle psychiatrie du Centre Hospitalier de Cayenne il a vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire. Coordonné par un médecin de santé publique et un cadre paramédical, ce centre animateur de réseaux porte 4 axes stratégiques²³ dont la mise en place de l'Observatoire régional du suicide, principal acteur mobilisé sur la problématique du suicide.

- Le réseau d'organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour®)

Le dispositif Oscour® fait partie du dispositif de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Il repose sur des regroupements syndromiques, définis par des groupes d'experts (cliniciens, urgentistes, épidémiologistes et spécialistes des départements d'information médicale) et constitués par des regroupements de codes diagnostiques (CIM-10) des champs « diagnostic principal » (DP) et « diagnostics associés » (DA) des résumés RPU transmis par les SU.

Ce dispositif est déployé sur l'ensemble des DROM, à l'exception de la Martinique.

- Les Observatoires régionaux de la santé (ORS)

Les ORS contribuent à l'observation du suicide à travers la production et le suivi d'indicateurs en lien avec les conduites suicidaires et peuvent être amenés à réaliser des études spécifiques.

L'ensemble des informations produites sont mises à disposition sur leurs sites internet sous des formats divers : fiches thématiques, rapports...

²³ Santé Publique France. Bulletin de santé publique (BSP) Guyane. Conduites suicidaires et actions préventives en Guyane [en ligne]. 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>

• Zoom territorial

📍 Guadeloupe

Les urgentistes du SAMU : Le service d'aide médicale urgente est le centre de régulation médico-sanitaire des urgences d'une région sanitaire. Des informations peuvent être obtenues à partir des questionnaires papiers renseignés par les urgentistes.

📍 Guyane

Les Centres délocalisés de Prévention et de Santé (CDPS), au nombre de 17 et majoritairement répartis dans les communes dites de « l'intérieur », sont rattachés au CH de Cayenne et regroupés au sein d'un même pôle. 8 d'entre eux disposent de 2 à 3 médecins dans chacun d'eux assurant une permanence avec astreinte à tour de rôle, ils sont équipés en salles de déchoquage avec matériel de réanimation et chariot d'urgence et dotés d'une liaison avec le SAMU et son médecin régulateur 24h/24. Les 9 autres ont une présence infirmière continue, avec une présence médicale en appui plus ou moins importante suivant le centre²⁴. Leur activité participe à l'estimation des conduites suicidaires dans les communes de « l'intérieur ».

Le Conseil Intercommunal de la Santé Mentale (CISM) est un outil de prise en compte de la santé mentale au cœur du territoire. Il rassemble de multiples acteurs locaux qui concourent à la santé mentale dans des domaines aussi variés que la prévention, l'accès aux soins, l'insertion sociale, l'éducation, la citoyenneté, le logement ou encore la culture. L'installation officielle du Conseil Intercommunal en Santé Mentale (CISM) en Guyane a eu lieu vendredi 13 juillet 2018. L'un de ses objectifs opérationnels consiste à doter d'une fonction d'observation de la santé mentale. Le coordinateur du CISM, aux côtés de l'ARS Guyane, doit « recenser, compiler et analyser les données quantitatives (état de santé, recours aux soins, offre, etc.) disponibles et pertinentes/significatives permettant d'analyser la situation sur le territoire de la Communauté d'Agglomération du Centre Littoral (CACL) et son évolution^{25 26}. »

📍 Mayotte

À Mayotte, très peu d'acteurs sont mobilisés dans l'observation du suicide et très peu de dispositifs existent et/ou sont mis en place à l'heure actuelle.

²⁴ Centre Hospitalier de Cayenne. Centres Délocalisés de Prévention et de Santé (CDPS). 2019, Guyane. [En ligne]. Disponible sur : http://www.ch-cayenne.fr/IMG/pdf/plaquette_cdps_2019.pdf

²⁵ Convention constitutive du Conseil Intercommunal de Santé Mentale de la Communauté d'Agglomération du Centre Littoral [en ligne], juillet 2018 p.14. Disponible sur : <https://www.cacl-guyane.fr/lagglo/politique-publique/conseil-intercommunal-de-sante-mentale/>

²⁶ ARS Guyane. Signature de la convention du Conseil Intercommunal en Santé Mentale (CISM) entre la CACL et l'ARS [en ligne]. Juillet 2018. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/index.php/signature-de-la-convention-du-conseil-intercommunal-en-sante-mentale-cism-entre-la-cacl-et-lars>

AXE 2. Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants

I. Populations vulnérables

- Les jeunes, un public à risque suicidaire

Les jeunes constituent le public le plus vulnérable dans l'ensemble des DROM.

📍 La Réunion

À La Réunion, le suicide est la 2ème cause de décès chez les 15-24 ans après les accidents de transport.

- Des suicides souvent violents

Sur la période 2013-2015, 23 suicides ont concerné des jeunes de 15-24 ans. Seuls deux modes opératoires ont été utilisés : la pendaison qui concerne la moitié des décès (52 %) et le saut dans le vide (43 %). En métropole, la pendaison reste le principal mode de suicide chez les jeunes de 15-24 ans (54 %), suivi par les suicides par armes à feu (13 %). La part de décès par saut dans le vide (6 %) est quant à elle nettement inférieure à celle observée à La Réunion.

- 400 tentatives de suicide enregistrées chez les moins de 25 ans en 2017

En 2017, les jeunes réunionnais ont effectué un peu plus de 400 séjours pour tentative de suicide en établissement de soins de courte durée publics et privés. Les séjours concernant les jeunes filles pour tentative de suicide représentaient 77 % de l'ensemble des séjours. Le nombre de séjours pour TS est en augmentation et enregistre une évolution de + 57 % par rapport à 2012.

- Les mineures particulièrement concernées

Les jeunes de moins de 18 ans sont les plus concernés par les hospitalisations pour TS, leur part représente un quart de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (22 % de femmes et 3 % d'hommes en 2017).

Le taux de recours à l'hospitalisation pour TS chez les jeunes filles est nettement supérieur à celui observé chez les garçons (46 pour 10 000 contre 6 pour 10 000 garçons).

- Des passages à l'acte suicidaire plus violents

Comme pour l'ensemble des patients, l'auto-intoxication est le mode opératoire le plus fréquent chez les moins de 25 ans. Elle concerne 77 % des séjours féminins et 69% des séjours masculins. Les séjours dus à une tentative de suicide par objet tranchant constituent le 2ème mode opératoire le plus fréquent chez les jeunes (21 % des séjours), soit une part supérieure à celle observée en population générale (10 %). Par ailleurs, ce mode de TS concerne davantage les jeunes femmes (24 % contre 10 % pour les hommes), alors que les tentatives de suicide par saut dans le vide concernent plus particulièrement les hommes (7 % contre 3% chez les femmes).

- Des filles plus fragiles que les garçons²⁷

Les filles ont un plus grand risque de dépression que les garçons. Elles sont 14 % à avoir été repérées par le test ADRS comme étant à risque élevé de dépression contre 4 % pour les garçons. De plus la prise déclarée de somnifères prescrits par un médecin est également plus importante pour les lycéennes que pour les lycéens. Selon l'enquête Espad (2015), globalement, plus de 12 % des jeunes réunionnais ont déjà pris des tranquillisants ou des somnifères suite à une prescription médicale. Les tentatives de suicide sont 3 fois plus importantes chez les filles réunionnaises que chez les garçons : plus d'une jeune fille sur cinq déclare avoir déjà tenté de se suicider et pour 5 % la tentative a donné lieu à une hospitalisation.

- Une prise de médicaments pour aider à préparer les examens

Au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 7 % des garçons interrogés ont déclaré avoir déjà consommé 1 ou 2 fois des produits ou médicaments pour aider à préparer un examen ou un contrôle. C'est un pourcentage plus faible que pour les filles (12 %). Or la récurrence de cette pratique (3 fois ou plus) est plus importante dans la population masculine que féminine (7 % contre 5 %).

Guyane

Jeunes, étudiants et adolescents

Une étude descriptive réalisée en 2003 par l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG)²⁸ mentionne une prévalence de l'idéation suicidaire et de la tentative de suicide de respectivement 28% et 14 % au sein d'un échantillon composé d'environ 2700 élèves. De plus, « si le geste suicidaire est plus fréquent parmi les filles (17 %) que parmi les garçons (10 %), ces derniers présentent un taux d'hospitalisation parmi les suicidants nettement plus élevé (28 %) que leurs camarades filles (17 %). »

En 2005, une autre enquête réalisée par l'ORSG observait que près d'un tiers des jeunes en démarche d'insertion professionnelle présente un terrain dépressif avec 8 % qui ont une dépressivité forte ; 15 % ont (eu) des idées suicidaires et 5 % de façon très inquiétante ; 20 %, a attenté au moins une fois à ses jours²⁹.

Enfin, en 2006, une enquête menée auprès des étudiants par l'ORSG révélait que près d'un tiers des étudiants interrogés présente un terrain dépressif avec 7 % qui ont une dépressivité forte ; 12 % ont (eu) des idées suicidaires et 3 % de façon très inquiétante et 11 % ont attenté au moins une fois à leurs jours³⁰.

²⁷ Les usages de drogues chez les lycéens de La Réunion - Résultats de l'enquête ESPAD 2015. OFDT; 2018. https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/rapp_espad2015_reunion_2018.pdf

²⁸ Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG), La santé des adolescents - Enquête réalisée en milieu scolaire en 2003, 2005, 225p.

²⁹ Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG), La santé des jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle [s.d].

³⁰ Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG) *La santé des étudiants en Guyane* – Enquête réalisée en 2006, 74p.

Les adolescents

La tentative de suicide à l'adolescence est une des préoccupations croissantes à la Guadeloupe. La montée du phénomène et la pauvreté des recherches sur le plan clinique et psychopathologique nous a motivé à mieux comprendre les mécanismes de la tentative de suicide et à interroger les systèmes de prévention et de prise en charge. Les résultats soulignent que le geste suicidaire à l'adolescence s'enracine dans une problématique narcissique, dans la menace d'autrui et dans la défaillance de la fonction de contenance familiale élargie³¹.

Les populations amérindiennes

La vulnérabilité des populations autochtones face au risque suicidaire a été étudiée et documentée dans de nombreuses régions du Canada, d'Alaska, du Brésil ou encore aux Etats-Unis.

En Guyane française, certains villages sont fortement éloignés des structures de soins et de santé parfois de plusieurs jours de pirogues, on parle de zones reculées ou territoires isolés³². Ces villages sont essentiellement habités par les populations autochtones.

Une étude observationnelle rétrospective publiée en 2018 a été menée à partir des dossiers médicaux des centres de santé. Toutes les tentatives de suicide et les suicides recensés entre 2008 et 2015 par des Amérindiens vivant dans la commune de Camopi et au village Trois-Sauts ont été compilés. Au cours de la période d'étude, le taux annuel global était égal à 396 pour 100 000 habitants pour les tentatives de suicide (TS) et 172 pour 100 000 habitants pour le suicide, soit plus de 10 fois le taux de suicide en France hexagonale. La tranche d'âge des 10-20 ans représentait 70 % des décès par suicide sans différence significative entre les sexes³³.

Une étude descriptive menée en 2018 sur les mêmes localités observe que le taux de suicide dans les zones reculées de Guyane française était huit fois plus élevé qu'en France (118 pour 100 000 habitants à Camopi et 78 pour 100 000 à Trois-Sauts). Les méthodes les plus fréquentes étaient la pendaison (78 %) et l'intoxication (22 %). De plus, les personnes résidant dans les zones éloignées décèdent par suicide plus jeunes que celles résidant dans les zones non éloignées. La moitié des suicidants dans les zones éloignées ont plus de 23 ans et la moitié des suicidants dans les zones non éloignées ont plus de 27 ans³⁴. Ces suicides dans cette commune sont donc essentiellement le fait de jeunes.

³¹ Phénomènes suicidaires chez l'adolescent guadeloupéen : approche clinique et psychopathologique de la tentative de suicide : Prévention et prise en charge. Thèse 2010. Patrick Racon

³² Ville M., Brousse P. Centres délocalisés de prévention et de soins : une approche pour les territoires isolés de Guyane [en ligne]. La santé en action, n°428, juin 2014, pp.36-38. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/article/2014/centres-delocalises-de-prevention-et-de-soins-une-approche-pour-les-territoires-isoles-de-guyane>

³³ 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* 18, 99 (2018). Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1670-6>

³⁴ Guarnit, 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* 53, 1197–1206 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1570-6>

À l'issue d'une formation multi technique de six mois mis en place par le Régiment du Service Militaire Adapté (RSMA), un rapport confidentiel a fait état des déclarations de jeunes hommes de 18 à 25 ans issus des villages du Haut-Oyapock : « sur ces 15 hommes, 7 ont effectué des tentatives de suicide et parmi eux, deux ont perdu une sœur par suicide dans les quatre années précédant leur incorporation. » Le médecin et la psychologue chargés de les recevoir ont noté « l'état dépressif de 80% d'entre eux, les nombreux traumatismes subis, les violences conjugales et familiales vécus depuis la petite enfance. »³⁵

Notons que l'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014³⁶, mentionne que « le risque de comportement suicidaire peut être influencé par l'exposition à un comportement similaire chez d'autres personnes. » En effet, les personnes exposées directement ou indirectement à un événement suicidaire sont plus à risque d'avoir des idées suicidaires ou même de passer à l'acte : phénomène de contagion suicidaire³⁷.

Selon le Dr. Jehel, les causes de ce phénomène suicidaire chez les populations autochtones sont « pluridimensionnelles et regroupent entre autres des facteurs psychologiques, sociaux, anthropologiques, écologiques et politiques. » Il ajoute : « la question du risque suicidaire, qui est élevé, est liée à cette question de la complexité identitaire et est liée à la difficulté de s'identifier à quel nouveau paradigme qui vient associer des racines ancestrales et une forme de modernité. »³⁸

Dans une communication conjointe lors du Congrès Français de Psychiatrie de novembre 2015, le Dr. Jehel résume : « si les passages à l'acte sont dans la majorité des cas liés à une consommation excessive d'alcool et déclenchés par des motifs au premier abord anodins (différends familiaux, obstacle à l'achat de produits de consommation), ils résultent plutôt de la manifestation extrême d'un mal-être bien plus profond. Pertes de repères liés à la modification brutale des modes de vie, déstructuration de la cellule familiale, inactivité en particulier chez les jeunes, échecs scolaires, absence de perspectives d'avenir et isolement sont des motifs qui peuvent expliquer le comportement suicidaire. »³⁹

³⁵ 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, pp.20-31. Disponible sur : <http://www.psycause.info/suicide-chez-amerindiens-3-articles-psy-cause-n74/>

³⁶ Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [en ligne]. Mars 2016, 72 p. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>

³⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé. La contagion suicidaire [en ligne]. Janvier 2021. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-contagion-suicidaire>

³⁸ 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>

³⁹ 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>

Les personnes âgées

La Réunion

- Des décès par suicide moins fréquents que dans l'Hexagone⁴⁰

Au total, sur la période 2013-2015, 28 suicides ont concerné les personnes âgées de 65 ans et plus, soit moins de 10 suicides annuels. Ces décès étaient exclusivement masculins avec des modes de suicide souvent violents : 46 % par pendaison, 18 % par armes, 11 % par saut dans le vide, 7 % par objet tranchant et auto-intoxications.

Le taux standardisé de mortalité par suicide chez les personnes âgées à La Réunion est de 10,9 pour 100 000 habitants, un taux inférieur à celui observé en métropole (23,5 pour 100 000 habitants)

- Une quarantaine de tentatives de suicide enregistrées chez les personnes de 65 ans et plus en 2017

En 2017, les personnes âgées ont effectué 37 séjours pour tentative de suicide en établissement de soins de courte durée publics et privés, soit 3 % de l'ensemble des séjours. Les séjours pour tentatives de suicide chez les aînés concernent davantage les hommes (57 %). Le nombre de séjours est resté stable jusqu'en 2014, avant d'observer une hausse en 2015 et une stabilisation autour d'une quarantaine de séjours annuels sur la période 2015-2017

- L'auto-intoxications médicamenteuse, principal mode de TS

Comme pour l'ensemble des patients, l'auto-intoxication est le mode opératoire le plus fréquent chez les 65 ans et plus. Elle concerne 87 % des séjours féminins et 88 % des séjours masculins. Les séjours consécutifs à d'autres modes de TS sont représentés par des effectifs très marginaux ne permettant pas leur analyse.

- Les pensées suicidaires et la consommation de psychotropes touchent particulièrement les personnes âgées⁴¹

En 2014, l'étude Baromètre Santé Dom a révélé des prévalences élevées de pensées suicidaires chez les personnes âgées. Ainsi, 7,8 % des enquêtés âgés de 65 ans et plus ont déclaré avoir connu un épisode dépressif caractérisé, une proportion supérieure à celle observée chez les moins de 65 ans (4,4 %). Ces épisodes concernaient davantage les femmes (9,3 % contre 5,8 % chez les hommes).

La surreprésentation de la consommation de psychotropes était également davantage observée chez les personnes âgées (41,4 % contre 25,3 % chez les moins de 65 ans), avec toujours une prédominance féminine (51,3 % contre 29,4 % pour les hommes).

- La moitié des Réunionnais de 65 ans et plus ont un risque de dépression⁴²

⁴⁰ Bardot M. La santé des jeunes à La Réunion [en ligne]. Tableau de bord. Saint-Denis : ORS Océan Indien ; 2019. https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/orsoi_tb_sante_jeunes_reunion_2019.pdf

⁴¹ Louacheni C. La santé mentale des Réunionnais. Exploitation régionale du Baromètre santé Dom 2014 [en ligne]. Rapport. Saint-Denis : ORS Réunion ; 2016. Disponible sur : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/etu_sante_mentale_2016.pdf

⁴² Caliez F. Etat de santé et conditions de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus à La Réunion Gramoune care 2016/2017. In extenso. 2018;(6):1-24 <https://www.lareunion.ars.sante.fr/media/46573/download>

Les résultats de l'enquête révèlent que 46 % des réunionnais âgés de 65 ans et plus ont un risque de dépression, ce constat est plus défavorable chez les femmes puisqu'elles sont 55 % à y être exposées contre 35 % chez les hommes. Par ailleurs, 17 % des personnes âgées indiquent que leur situation est désespérée et 11 % déclarent être en situation de dépression de façon générale.

Les détenus

Guyane

Une étude évaluant le risque suicidaire chez les détenus en Guyane française a révélé que 13,2 % des 707 personnes interrogées présentaient un risque suicidaire, dont 14 % un risque élevé. Cette proportion est plus faible que celle observée en France hexagonale (40,3 %) et en Martinique (26 %). Les facteurs prédictifs du risque suicidaire identifiés lors de cette étude étaient la dépression, la dysthymie, le trouble panique, le trouble anxieux général (TAG), la maltraitance durant l'enfance, une condamnation pour agression sexuelle et le tabagisme⁴³.

Guadeloupe

Il n'existe pas d'étude sur le suicide en prison mais la revue de presse réalisée sur la période de juin 2018 à juin 2021 par l'ORSaG relate de nombreux cas de suicide chez les détenus, notamment des suicides par pendaison.

II. Facteurs individuels : troubles mentaux, antécédents de TS, usage nocif d'alcool ou d'autres substances psychoactives

Baromètre santé 2014

Dans le cadre de l'enquête Baromètre Santé DOM (BS DOM) 2014, 21,8 % des individus ayant déclaré des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois évoquent une raison professionnelle. Parmi eux, les motifs personnels sont associés aux pensées suicidaires dans 85 % des cas. Les femmes sont plus sujettes que les hommes à déclarer des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. De même que la perception d'un mauvais état de santé général et la consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance, avoir vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours de l'année est associée à la déclaration des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois⁴⁴.

⁴³ Ayhan G, Arnal R, Basurko C, About V, Pastre A, Pinganaud E, Sins D, Jehel L, Falissard B, Nacher M. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. BMC Psychiatry. 2017 May 2;17(1):156. doi: 10.1186/s12888-017-1320-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28464856/>

⁴⁴ Robert M., Paget L.-M., Léon C., Sitbon A., Du Roscoät E., Chan Chee C. Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 22 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-dom-2014.-sante-mentale>

En effet, dans la littérature, les troubles liés à la consommation d'alcool sont généralement associés à une santé mentale dégradée, de plus, l'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 précise qu'un « état d'alcoolisation favorise le passage à l'acte⁴⁵. »

Guyane

En Guyane, 6,4 % des de 15-75 ans déclarent avoir vécu un EDC au cours des douze derniers mois selon l'enquête BS DOM 2014. En proportion, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir vécu une forme sévère ou moyenne d'EDC. À la différence d'une consommation de substances psychoactives ou d'alcool à risque chronique, le fait de vivre seul et la perception d'un mauvais état de santé général constituent des facteurs associés à une prévalence plus élevée des EDC déclarés au cours des douze derniers mois⁴⁶.

Cette même enquête précise qu'en Guyane, la consommation de psychotropes au cours de la vie est estimée à 18,3 % et, en proportion, les femmes sont plus nombreuses à y avoir recours que les hommes. Cette prévalence est inférieure à ce qui a été estimé dans l'Hexagone en 2010, où 34,9 % de la population (hommes : 27,0 % vs femmes : 42,2 %) déclaraient avoir déjà consommé, au cours de la vie, des médicaments pour les nerfs ou pour dormir.

La Réunion

À La Réunion, l'enquête baromètre santé DOM (2014) fait le point sur les facteurs de risque en lien avec les conduites suicidaires à La Réunion. L'analyse des facteurs associés permet de caractériser des groupes de populations à risques.

- Un des principaux constats concerne la surreprésentation des femmes et ce quel que soit le trouble psychique étudié. Les données régionales sont cohérentes avec les données de la littérature sur la plus forte prévalence des états de mal-être chez les **femmes**. Selon l'étude, les femmes sont en effet, plus anxieuses, dépressives, suicidaires et plus consommatrices de psychotropes.
- **La précarité financière** apparaît comme un facteur important d'une santé mentale problématique. La perception d'être en difficultés financières ou endettées est à l'origine de la survenue d'une détresse psychologique, d'un épisode dépressif caractérisé et de pensées suicidaires et dans une moindre mesure de tentatives de suicide.
- **L'usage d'alcool** à risque chronique constitue également un facteur déterminant concernant la détresse psychologique, l'épisode dépressif caractérisé et les pensées suicidaires, sans pouvoir préciser si cet usage à risque d'alcool est la cause ou la conséquence de ces troubles.

⁴⁵ Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [en ligne]. Mars 2016, 72 p. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>

⁴⁶ Robert M., Paget L.-M., Léon C., Sitbon A., Du Roscoät E., Chan Chee C. Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 22 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-dom-2014.-sante-mentale>

- Les facteurs de **condition physique** et de **limitation fonctionnelle** sont également apparus comme des facteurs significativement liés à la santé mentale. En effet, la présence d'une maladie chronique ou le fait d'être limité dans ses activités depuis au moins 6 mois présentent pour l'ensemble des indicateurs de santé mentale une fréquence significativement plus élevée des troubles mentaux abordés.
- L'**âge** est un facteur de risque variable selon l'indicateur étudié : être âgé de plus de 60 ans semble constituer un facteur de risque pour la consommation de psychotropes et pour les pensées suicidaires.
Dans l'étude Gramoune care, l'analyse des facteurs associés au risque de dépression chez les personnes âgées met en évidence que l'état du moral, le fait de ressentir le besoin d'avoir une aide à domicile, la satisfaction du mode de vie, la composition familiale et la pratique d'une activité physique peuvent être associés à la survenue de la dépression.
- Dans une moindre mesure, le fait **de ne pas vivre en couple** ou de vivre dans un **foyer monoparental** impactent défavorablement les pensées suicidaires et les épisodes dépressifs caractérisés.
- Les variables de **santé mentale** (détresse psychologique, dépression, consommation de médicaments psychotropes) sont significativement reliées à la survenue de pensées suicidaires ou de tentatives de suicides.

Guadeloupe

Un quart des Guadeloupéens enquêtés ont présenté une détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête (25 %). Les femmes ont été deux fois plus sujettes que les hommes à ce type de détresse (respectivement 31 % contre 17 %). Les détenteurs d'un diplôme supérieur au baccalauréat ont été proportionnellement moins nombreux à décrire ces symptômes (14 %) que les autres (27 %). De même que les cadres (8 %) sont plus de deux fois moins nombreux que les ouvriers (26 %) ou les professionnels intermédiaires (22 %) à avoir eu ces sensations de tristesse, d'énervement ou d'abattement au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête. Enfin, les individus atteints d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou à caractère durable ont plus fréquemment présenté une détresse psychologique que les individus n'en ayant pas (31 % contre 21 %). Parmi les individus ayant présenté une détresse psychologique au cours des quatre semaines précédant l'enquête, plus de la moitié suivent actuellement une psychothérapie (52 %). (Rapport disponible à l'ORSaG).

Parmi les individus ayant présenté un épisode dépressif caractérisé avec retentissement pendant au moins deux semaines au cours de l'année, 39 % ont déclaré avoir consulté un médecin, un psychologue ou un autre professionnel de la santé pour ces symptômes, 10 % se sont rendu dans un service hospitalier et 7 % ont eu recours à l'aide d'une association ou d'une ligne téléphonique pour ces symptômes. Un Guadeloupéen sur deux s'est dit très bien informé ou plutôt bien informé sur la dépression (51 %). Ce niveau d'informations est inférieur au niveau d'informations sur le cancer (70 %), le diabète (80 %), la maladie d'Alzheimer (64 %) ou encore le chikungunya (81 %) et les vaccinations (71 %).

ESPAD

L'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Others Drugs) réalisée conjointement dans les quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion) a permis d'identifier les niveaux d'expérimentation et d'usages de substances psychoactives et, « de proposer, pour la première fois, une comparaison rigoureuse des usages des drogues parmi les lycéens selon différentes réalités géographiques. »⁴⁷

Guyane

À la différence des jeunes lycéens de l'Hexagone, les jeunes guyanais déclarent des consommations de tabac et de cannabis moins importantes. Si l'expérimentation d'alcool (globalement plus élevée qu'en FhD), tabac et cannabis sont fréquentes durant cette « période lycéenne », l'usage régulier de ces substances semblent demeurer « confidentiel ». De même, les ivresses sont moindres qu'en FhD. Enfin, l'expérimentation des substances illicites autres que le cannabis s'avère semblable en Guyane et dans l'Hexagone.

Les auteurs concluent que ces niveaux d'usage déclarés « s'inscrivent dans la continuité d'autres enquêtes menées en population adolescente, telle que ESCAPAD (Spilka *et al.*, 2018), et laissent

⁴⁷ Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Les usages de drogues parmi les lycéens de Guyane - Résultats de l'enquête ESPAD 2015 [en ligne]. Juillet 2018, 16 p. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-usages-de-drogues-parmi-les-lyceens-de-guyane-resultats-de-lenquete-espac-2015/>

augurer des comportements qui se poursuivent chez les jeunes adultes, comme décrit par le Baromètre santé (Beck *et al.*, 2016). »

Guadeloupe

En 2020, à partir des données de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), l'ORSaG a réalisé une analyse des données des enquêtes ESPAD2015 et ESCAPAD2017.

La base de données ESPAD 2015 pour la Guadeloupe est constituée de 607 lycéens, majoritairement des filles (51,6 %). L'âge moyen des lycéens est de 17,1 ans. Près de 20 % des lycéens ont 15 ans ou moins, 61 % ont entre 16 et 17 ans et 19 % ont 18 ans ou plus. Concernant le risque suicidaire : un élève sur 9 (11,5 %) rapporte avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de sa vie. Les filles déclarent plus souvent avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide que les garçons (respectivement 17,1 % vs. 5,0 % ; $p < 10^{-3}$). Toutefois, les effectifs étant particulièrement faibles, les résultats doivent être à interpréter avec précaution. (Rapport complet disponible à l'ORSaG).

En ce qui concerne la consommation des produits psychoactifs, l'enquête ESCAPAD2017 réalisée auprès des adolescents participant à la journée Défense et Citoyenneté, montre que les jeunes guadeloupéens, quel que soit le sexe, sont moins consommateurs de substances psychoactives que les jeunes métropolitains. Toutefois, si, les ivresses et la consommation régulière d'alcool sont moins importantes chez les jeunes Guadeloupéens, on observe, cependant, qu'à 17 ans, l'expérimentation à l'alcool est plus fréquente en Guadeloupe. (Données disponibles à l'ORSaG et en ligne www.orsag.fr)

Étude SMPG

Mayotte

D'après les résultats de l'étude « la Santé mentale en population générale : images et réalités à Mayotte en 2016 », quatre adultes sur dix présentent au moins un trouble de santé mentale. Cette enquête démontre que les troubles anxieux sont les plus fréquents chez les mahorais (24 %). Les femmes sont davantage plus concernées que les hommes respectivement 20,9 % vs 17 %. Suivi par les troubles de l'humeur 19 % avec en premier lieu des troubles dépressifs (17 %)⁴⁸.

Les hommes sont touchés par les problèmes liés à la drogue (6,2 %) et surtout l'alcool 6,4 %.

La situation familiale et l'emploi, le fait d'être divorcé, séparé ou célibataire et le fait d'être sans emploi représentant un facteur de risque d'avoir un trouble psychique.

⁴⁸ Association septentrionale d'Epidémiologie psychiatrique, Centre collaborateur de l'OMS, « Etude santé mentale en population générale : images et réalités à Mayotte » réalisée en 2016.

Étude EHIS

Réalisée dans l'Hexagone, en Guadeloupe, Martinique, Guyane, à la Réunion et à Mayotte, l'étude EHIS montre que 11 % de la population de 15 ans ou plus présentes des symptômes dépressifs. C'est le même niveau qu'à la Réunion (11 %) mais moins qu'en Guadeloupe (15 %), en Martinique (17 %), en Guyane (19 %) et à Mayotte (20 %)⁴⁹.

Études sur l'usage d'alcool

Guyane

L'étude rétrospective du Dr. Pacot à Camopi et Trois-Sauts ciblant plus particulièrement la communauté amérindienne a relevé qu'une addiction à l'alcool (30 % des répondants) était associée à des tentatives de suicide (TS) sous l'influence de l'alcool ($p = 0,03$) et que la répétition des TS était associée à la consommation de cannabis ($p = 0,03$). La dépression a été signalée chez 45 % des répondants ; un tiers des répondants ont déclaré avoir été maltraités pendant leur enfance et plus de la moitié des répondants ont déclaré que leur TS était motivée par un esprit (58 %). Un décès récent et un conflit interpersonnel ont été les principaux événements stressants de la vie rapportés par les répondants (55 et 52 %, respectivement)⁵⁰.

La consommation de « l'alcool blanc », sans mesure, s'apparenterait à un dévoiement du cachiri, ce moment de « douce ivresse, [...] socialement construite » qui permet le rassemblement, l'échange et le partage. C'est lors de ces épisodes d'alcoolisation abusive et dévoyée que, nous relate M. Pradem : « C'est là que la jeune fille va décrocher le fusil de son père trop saoul pour voir ce qu'il se passe. C'est là que le jeune homme attache la camisa (pièce de tissu que les femmes portent autour des reins) à la poutre du carbet de cuisine et se pend, dans son espace, parce qu'elle l'a réprimandé et ignoré son départ soudain. Il tient là la manière de « lui pourrir la vie pour toujours » car l'esprit du mort la poursuivra » jusque dans les rêves. »⁵¹

⁴⁹ Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019, Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. Aude Leduc, Thomas Deroyon, Thierry Rochereau, Auriane Renaud – DREES Avril 2021

⁵⁰ 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* 18, 99 (2018). Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1670-6>

⁵¹ 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, pp.20-31. Disponible sur : <http://www.psycause.info/suicide-chez-amerindiens-3-articles-psy-cause-n74/>

III. Facteurs liés aux communautés : catastrophes naturelles, guerres et conflits, stress liés à l'acculturation et au déplacement, discrimination, traumatismes ou abus

 Guyane

Populations amérindiennes

M. Pradem, Docteure en anthropologie sociale de l'EHESS à Paris, coordinatrice de la Cellule Régionale pour le Mieux Être des Populations de l'Intérieur, relie la problématique suicidaire des populations autochtones à celle de l'acculturation. L'éducation à l'école et à l'université, la « fréquentation des blancs », génèrent une perte de manières de faire et de vivre, dresse un mur entre les générations :

« Les adolescents désespèrent de n'avoir aucune relation verbale construite avec les adultes. Ils s'emmurent dans un refus de la tradition qui pourtant réapparaît dans des peurs sans résolution possible : les esprits sont présents mais moulinés au hachoir des religions nouvelles et du catholicisme, ils sont des diables. Les diables poussent au vice et au suicide. Et avec les diables on ne négocie pas ! On les expulse dans des rituels sonores, sonorisés même, sur un monde sympathique rappelant la culture mondiale mondialisée. »⁵²

Selon M. Pradem, les séparations entre parents qui demeurent sur le fleuve et enfants qui poursuivent leur scolarité sur le littoral sont aussi facteurs de détresse. Les dépenses, voire l'endettement, pour s'acquitter des frais de transport, hébergement, frais de nourriture et taxi nécessaires aux retrouvailles sont lourdes et « ruinent l'économie familiale. » Il n'est donc pas rare que l'on renonce à envoyer les enfants poursuivre leur scolarité au-delà du CM2 ou de la 3ème et les filles sont plus exposées au risque de déscolarisation.

Des tensions naissent du fait de l'injonction à la consommation qui s'immisce dans les sociétés des populations autochtones : un père témoigne de la menace proférée par son fils de douze ans : « achète-moi un portable ou je me suicide. », le grand-père répond : « eh bien, vas te pendre et j'interdirai que l'on te décroche pour que les oiseaux mangent tes yeux et que tu pourrisses sur l'arbre jusqu'à ce que ta tête se détache. »

Les violences intra-familiales germent ainsi dans un contexte d'incompréhension entre parents « incapables d'assumer leurs devoirs » face à des enfants qui « leur ressemblent si peu ». Elle ajoute : « Les conflits interpersonnels, les paroles « dites dans le dos », les ruptures sentimentales prennent une dimension destructrice que nos façons de penser ne savent pas mesurer aisément. »

⁵² 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, pp.20-31. Disponible sur : <http://www.psycause.info/suicide-chez-amerindiens-3-articles-psy-cause-n74/>

Migrants

La Guyane est la région française où l'impact migratoire est le plus fort. En 2017, on recensait plus de 84 000 étrangers présents sur le territoire, soit environ un tiers de la population totale. Cette immigration s'explique, nous indique l'INSEE, « par le niveau de vie français, attractif pour les ressortissants des pays environnants, avec en tête, le Suriname, le Brésil et Haïti. »⁵³

En 2015, plus de 2 700 dossiers pour demande d'asile ont été déposés à la préfecture de Guyane.

Ainsi, 80 % des demandeurs sont-ils des ressortissants haïtiens, tandis que 10 % d'entre eux viennent de la République dominicaine, quelque 2 % étant originaires de Syrie ou d'Irak. Près de 95 % de ces demandes sont rejetées. 80 % des demandeurs sont en provenance d'Haïti, 10% de la République dominicaine et environ 2% de Syrie ou d'Irak. Si près de 95 % de ces demandes sont rejetées, le devenir de ces demandeurs reste indéterminée⁵⁴.

En Guyane française, les inégalités sociales sont particulièrement marquées chez ces populations migrantes et réfugiées⁵⁵. Aujourd'hui, un tiers de la population est de nationalité étrangère : En 2015, les communautés haïtienne et brésilienne représentent respectivement 9,3 % et 9,2 % de la population guyanaise. La communauté surinamaïse représente quant à elle la plus forte communauté étrangère avec environ 12,5% de la population totale du territoire.⁵⁶

Les populations migrantes présentent souvent un risque accru de pauvreté et sont exposées à de multiples facteurs de stress socio-économiques en fonction du contexte de la migration, des facteurs sociaux pré et post-migratoires.⁵⁷

Le traumatisme antérieur à la migration (pré-migratoire) permet d'anticiper les troubles mentaux et le syndrome de stress post-traumatique, mais de nombreuses études ont montré que le contexte post-migratoire (qui peut comprendre exclusion sociale, conditions de vie précaires et un environnement résidentiel insatisfaisant) peut impacter la capacité des réfugiés à se rétablir face aux traumatismes pré-migratoires^{58 59} et affecter négativement la santé mentale.

En Guyane, la thèse d'A. Jolivet publiée en 2009 a mis en évidence que le pays d'origine, la durée de résidence et les conditions d'accueil sur le territoire constituent des facteurs affectant l'état de santé de ces populations migrantes et réfugiées⁶⁰. Ainsi en est-il du statut juridique de résidence qui paraît

⁵³ Charrier R. Synthèse démographique de la Guyane : une démographie toujours dynamique [en ligne]. Insee Flash Guyane n°57, janvier 2017, 2p. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2559184#titre-bloc-10>

⁵⁴ Sénat. Augmentation importante des demandes d'asile en Guyane : Réponse du Secrétariat d'État, auprès du ministère des affaires étrangères et du développement international, chargé des affaires européennes [en ligne], Journal officiel Sénat du 27 janvier 2016, p.693. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2015/qSEQ15101286S.html>

⁵⁵ Valmy, L., Gontier, B., Parriault, M.C. *et al.* Prevalence and predictive factors for renouncing medical care in poor populations of Cayenne, French Guiana. *BMC Health Serv Res* 16, 34 (2015). Disponible sur : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1284-y>

⁵⁶ Cratère F. La Guyane, une région jeune et cosmopolite [en ligne]. Insee Analyses Guyane, n°35, janvier 2019. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3695893#encadre1>

⁵⁷ Kluge, U., Rapp, M.A., Mehran, N. *et al.* Armut, Migration und psychische Gesundheit. *Nervenarzt* 90, 1103–1108 (2019). Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00790-2> ou <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31559479/>

⁵⁸ Hynie M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29202665/>

⁵⁹ Sangalang, C.C., Becerra, D., Mitchell, F.M. *et al.* Trauma, Post-Migration Stress, and Mental Health: A Comparative Analysis of Refugees and Immigrants in the United States. *J Immigrant Minority Health* 21, 909–919 (2019). Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30244330/>

⁶⁰ Jolivet, E. Cadot, E. Carde, S. Florence, S. Lesieur, J. Lebas, P. Chauvin, Migration et Soins en Guyane [en ligne], Paris : INSERM-UPMC ; Septembre 2009. Disponible sur : http://www.iplesp.upmc.fr/eres/files/Thse_Anne_Jolivet_rduite.pdf

constituer un déterminant de santé important puisque les personnes en situation irrégulière, « en bas de l'échelle sociale », sont également celles que l'on retrouve « en bas de « l'échelle sanitaire ».

Peu de données sont disponibles sur la santé mentale des populations migrantes et réfugiées présentes en Guyane qui, du fait de conditions de vie précaire, d'une maîtrise insuffisante de la langue et des codes administratifs^{61 62} ou encore de certaines formes de discrimination^{63 64} souffrent d'un déficit d'accès à une couverture maladie et aux soins.

La Réunion

L'enquête sur les Violences et Rapports de Genre (Virage) mise en œuvre à La Réunion en 2018 a pour objectif de mesurer, pour les femmes et les hommes, les faits de violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles. La finalité de l'étude est d'aider à identifier les spécificités du contexte social, économique et culturel local dans la survenue, l'expérience et les conséquences de ces faits.⁶⁵ S'agissant des conduites suicidaires en lien avec un contexte de violences conjugales, l'enquête met en lumière les constats suivants :

Les victimes de violences conjugales vivent plus fréquemment un épisode dépressif majeur actuel

L'expérience des violences comme les femmes en témoignent dans cette enquête, est significativement associée à un état de santé mentale détérioré. Ainsi, 30 % des femmes qui ont subi des violences au sein de leur couple au cours des 12 derniers mois (indicateur global) connaissent un épisode dépressif majeur actuel contre 11 % pour les femmes n'ayant pas subi de violence.

Plus de tentatives de suicide déclarées pour les femmes victimes de violence

Les tentatives de suicide sont significativement plus déclarées par les femmes victimes de violences au sein de leur couple, quelle que soit la forme de violence. Près de deux victimes de violences conjugales sur dix ont déclaré avoir déjà fait des tentatives de suicides au cours de leur vie contre moins d'une femme n'ayant pas subi de violences sur dix. Le risque d'avoir fait une tentative de suicide est plus élevé chez les femmes ayant subi des violences physiques.

⁶¹ Fessard C., Hyvert G. Santé des migrants sur le Haut-Maroni en Guyane : enjeux et prise en charge [en ligne]. La Santé en action, mars 2021, n°. 455, p. 24-26 Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/sante-des-migrants-sur-le-haut-maroni-en-guyane-enjeux-et-prise-en-charge>

⁶² Nacher M., Basurko C., Gontier B. Etude CAP ACSES : difficultés d'accès aux soins & droit à la santé des populations vivant dans les quartiers défavorisés de l'île de Cayenne, Centre d'Investigation Clinique Antilles – Guyane, CIC 1424 Inserm / DGOS, février 2015, 145 p.

⁶³ Carde E., Discriminations et accès aux soins en Guyane française, Montréal, Presses de l'université de Montréal, 2016, 228 p.

⁶⁴ Carde E. Les uns et les autres en Guyane : le jeu des identités ethniques sur la scène de l'accès aux soins. Anthropologie et sociétés. 2013. 37. p.251-268. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/as/2013-v37-n3-as01306/1024089ar/>

⁶⁵ Bardot M, Ricquebourg M. Violences conjugales envers les femmes à La Réunion. Exploitation régionale de l'enquête VIRAGE. Saint-Denis: ORSOI; 2020. https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/orsoi_rap_virage_reunion_2020.pdf

IV. Facteurs liés aux sociétés : accès aux moyens létaux, couverture médiatique inappropriée, stigmatisation associée à la demande d'aide

Traitement médiatique du suicide

La Réunion

La couverture médiatique du suicide est associée à un risque d'augmentation de la morbi-mortalité suicidaire par effet d'incitation chez les personnes vulnérables : il s'agit de l'effet Werther. L'importance de l'effet Werther dépend des caractéristiques qualitatives et quantitatives du traitement médiatique, dans une relation dose-effet. Le risque est ainsi majoré si la couverture est abondante (en termes d'audience du média et de récurrence du fait divers) et saillante (romantisation du suicide, description du moyen suicidaire...).

Les médias auraient également un potentiel préventif quant au suicide. L'effet Papageno prédit que le traitement journalistique du suicide pourrait, sous certaines conditions, contribuer à prévenir certains passages à l'acte.

Deux principales théories de psychologie sociale ont été proposées pour rendre compte des effets Werther et Papageno : la théorie de l'apprentissage social et la théorie de l'identification différentielle.

L'identification des effets Werther et Papageno dévoile, de facto, des responsabilités et des potentialités nouvelles pour les journalistes en matière de santé publique. La caractérisation de ces effets permet de fonder des actions de prévention ciblées prometteuses.⁶⁶

L'effet Papageno : Papageno est un programme national intégré à la stratégie globale de prévention du suicide⁶⁷. Ses objectifs :

- Prévenir la contagion suicidaire :
 - Dite « de masse » liée à la diffusion de contenus à risque sur les supports tels que médias, réseaux sociaux, fictions... C'est le fameux « effet Werther ».
 - Dite « localisée », suite à la survenue d'un suicide dans une institution (école, entreprise, hôpitaux, etc.)

⁶⁶ Le traitement médiatique du suicide : du constat épidémiologique aux pistes de prévention. La presse médicale, 2015 ; 44 : 1243-1250. <https://www.f2rsmpsy.fr/069-traitement-mediaticue-suicide-constat-epidemiologique-aux-pistes-prevention.html>

⁶⁷ <https://papageno-suicide.com/>

- Promouvoir l'entraide et le recours aux soins
 - En se saisissant des opportunités qu'offrent les médias et les nouvelles technologies de l'information.
 - En ayant recours à la communication comme à un authentique outil de prévention.
 - En remplaçant les identifications à risque (identifications aux figures suicidaires) par des identifications protectrices (identification à des personnes qui ont traversé ou aidé à traverser une crise suicidaire)

Les acteurs du programme : Papageno est un programme français soutenu par la Direction Générale de la Santé du Ministère des solidarités et de la santé. Il repose sur un partenariat entre le Groupement d'Études et de Prévention du Suicide (GEPS) et la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM Psy) Hauts-de-France. Au plan international, l'équipe participe au groupe de travail « Suicide et médias » de l'IASP (International association for suicide prevention)

Modes de passages à l'acte

Guyane

Une étude portant sur les caractéristiques cliniques et le pronostic des intoxications au paraquat⁶⁸ en Guyane française a estimé, entre 2008 et 2015, une incidence annuelle des intoxications au paraquat à 3,8 pour 100 000 habitants par an. Sur l'ensemble des 62 patients inclus dans l'étude, on compte 44 adultes et 18 enfants de moins de 16 ans. La majorité des cas étaient dus à l'auto-intoxication (84 %). Près de 84 % des enfants n'avaient pas d'antécédents psychiatrique et 67% de l'ensemble des patients inclus résidaient dans des communes situées sur le fleuve Maroni (Saint-Laurent, Papaïchton et Maripasoula). Ce secteur, du fait de sa proximité avec le Suriname, a un accès facilité au produit. Aucun cas n'a été observé dans l'est (principalement peuplé d'Amérindiens)⁶⁹. En 2014 et 2015, 11 et 14 intoxications ont respectivement été observées. L'Organisation Mondiale de la Santé classe le Paraquat comme l'herbicide avec le taux de létalité (proportion de sujets qui meurent après auto-empoisonnement) le plus élevé : entre 43 et 68%.⁷⁰

Une recrudescence des suicides au moyen de cet herbicide a été observé depuis quelques années. 20 % des suicides se sont produits par intoxication au paraquat, notamment à Maripasoula, commune située sur le Maroni et carrefour du commerce avec le Suriname voisin⁷¹. L'interdiction de commercialisation de cet herbicide au Suriname apparaît cruciale et urgente afin de remédier à des auto-intoxications le plus souvent mortelles (fibroses pulmonaires). Le taux de mortalité lors d'une

⁶⁸ Herbicide interdit sur les territoires français depuis 2007 mais autorisé et employé au Suriname, pays limitrophe.

⁶⁹ Elenga N, Merlin C, Le Guern R, Kom-Tchameni R, Ducrot YM, Pradier M, Ntab B, Dinh-Van KA, Sobesky M, Mathieu D, Dueymes JM, Egmann G, Kallel H, Mathieu-Nolf M. Clinical features and prognosis of paraquat poisoning in French Guiana: A review of 62 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Apr;97(15):e9621. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5908553/>

⁷⁰ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Taux de létalité estimative des pesticides couramment utilisés [en ligne]. In La prévention du suicide : indications pour les services d'homologation et de réglementation des pesticides, 2019, 36 p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328769>

⁷¹ 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* 53, 1197–1206 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1570-6>

ingestion intentionnelle de Paraquat est estimée autour de 80 %, une étude observationnelle rétrospective sur la période 2008-2014 confirme ce faible pronostic de survie avec un taux de 77 %⁷².

Guadeloupe

Plusieurs études réalisées par des équipes cliniques ont traité de la problématique des intoxications aiguës par ingestion, pas toujours accidentelle, de produits chimiques (pesticides, produits ménagers, ...).

Une étude rétrospective rapportée fait le point sur les cas d'intoxications aiguës graves à l'aldicarbe (Témik®) en Guadeloupe, entre 2004 et 2007. Ce travail compare aussi les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques avec celles de la littérature. Quatorze patients, hospitalisés dans les services de réanimation du centre hospitalo-universitaire de Pointe-à-Pitre et du centre hospitalier de Basse-Terre ont été recensés. Les résultats mettent en évidence un vieillissement remarquable des patients intoxiqués, une disparition des cas pédiatriques et professionnels, la prédominance des tentatives de suicides du point de vue étiologique. [6]

En 2018, une étude menée au CHU de Pointe-à-Pitre par l'équipe du Dr Gelu-Siméon, a montré des lésions oropharyngées chez 30 patients, associées à une ingestion d'ammoniac avec intention suicidaire dans 18 cas.⁷³

Une évaluation rétrospective aux urgences adultes et pédiatriques du CHU de Pointe-à-Pitre de janvier 2009 à décembre 2012 montre que l'intoxication par le chloralose (composé organique organochloré) était volontaire dans trois quarts des cas. Le chloralose a une action sédatrice et stimulante sur le système nerveux central. Il est actuellement utilisé en tant que rodenticide. Parmi les 17 cas inclus dans le cadre de l'évaluation, 17% (3/17) concernaient des mineurs. Dans trois quarts des cas l'intoxication était volontaire (13/17). Aucune intoxication pédiatrique n'était volontaire⁷⁴.

Entre 2013 et 2015, une étude sur les facteurs pronostiques de recours des urgentistes aux centres antipoison et de toxicovigilance a été menée de manière rétrospective. L'objectif de l'étude était de comparer les caractéristiques des intoxications aux urgences en Guadeloupe ayant fait l'objet d'un appel aux centres antipoison et de toxicovigilance (CAPTV) et les caractéristiques des cas n'ayant pas eu recours à un CAPTV. Tous les cas correspondants à une intoxication hors alcool ont été extraits à partir des bases de données des urgences des deux hôpitaux publics de la Guadeloupe entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2015. Les caractéristiques des patients, incluant le recours ou non à un CAPTV, ont été étudiées à partir du compte-rendu des urgences de chaque patient intoxiqué.⁷⁵

⁷² Iechel A, Jolivet A, Boukhari R, Misslin-Tritsch C, Manca MF, Wiel E, Megarbane B, Pousset F. Paraquat poisoning in Western French Guyana: a public health problem persisting ten years after its withdrawal from the French market. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2018 Oct;22(20):7034-7038. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30402871/>

⁷³ Hématome sous-muqueux : un nouveau signe distinctif lors d'une endoscopie digestive haute en urgence pour ingestion d'ammoniac. Gelu-Siméon M, Chuong AP, Saliba F, Thiery G, Laurent M, Vilain C, Borel M, Amaral L, Alexis M, Saint-Georges G, Saillard E. *BMC Gastroentérol*. 20 juin 2018 ; 18(1) : 92. doi: 10.1186/s12876-018-0809-8.PMID : 29925326

⁷⁴ Intoxication au chloralose : évaluation rétrospective aux urgences adultes et pédiatriques du CHU de Pointe-à-Pitre de janvier 2009 à décembre 2012. *Toxicologie Analytique et Clinique* April 2014.... Louis Beyssac

⁷⁵ Quels sont les facteurs pronostiques de recours des urgentistes aux centres antipoison et de toxicovigilance ? Étude rétrospective de cohorte en Guadeloupe entre 2013 et 2015. In which cases of poisoning do emergency physicians call poison centers? A retrospective cohort study in Guadeloupe, French West-Indies between 2013 and 2015. D. Boucaud-Maitre, S. Ferracci, S. Pelczar.

AXE 3 : Représentations et facteurs culturels

Seuls deux territoires ont pu documenter les représentations et facteurs culturels : la Guadeloupe et la Guyane.

I. Guadeloupe

- Le suicide et la problématique du « tabou »

La problématique du tabou est couramment évoquée quand il s'agit d'interrogations autour de la question de la mort.⁷⁶ « Le tabou est, à l'origine, une tension entre un désir fort et un interdit encore plus fort qui contraint à écarter ce désir de la conscience. A partir de cette définition, nous serions tentés de dire que ce mot et le système qu'il désigne expriment un ensemble de faits de la vie psychique dont le sens nous échappe. Mais pourquoi le tabou nous intéresse-t-il et plus particulièrement le tabou du suicide ? Il est probable que l'explication du tabou du suicide projette une certaine lumière sur l'obscur origine de la problématique suicidaire chez l'adolescent guadeloupéen ».

L'enquête réalisée auprès des services d'urgence de Guadeloupe en 2007⁷⁷ montre à quel point il est difficile de recueillir des données sur le suicide, de nombreuses questions restant sans aucune précision.

La passerelle entre tabou et suicide n'est pas spécifique aux Antilles. En atteste, la citation de l'historien G. Minois « *de quelque côté que l'on se tourne, le suicide est une tare honteuse, et un tabou qu'il faut entourer de silence. Attentat contre Dieu, dépravation morale d'un esprit sans respect pour les valeurs établies [...] le suicide est refoulé avec les autres grands interdits sociaux* »⁷⁸

- Représentation historique du suicide – Le suicide pour échapper à l'esclavage

P. Racon évoque également la question du suicide au travers l'histoire des Antilles Française et de la traite des esclaves. « Une seconde piste touche les représentations historiques du suicide en Guadeloupe. La représentation historique du suicide véhicule d'une part une image héroïque et positive du suicide collectif (Suicide de Delgrès¹ et ses hommes), et d'autre part une dimension cachée, secrète, du suicide individuel.

Les suicides par pendaison ou par noyades, dont le suicide en masse d'esclaves africains à Igbo Landing, sont évoqués dans de nombreux documents. Les mutineries durent quelques heures, quelques jours parfois. Rares sont celles qui réussissent et permettent aux esclaves de se libérer : ils sont souvent repris ou tués, ou bien ils tentent de se suicider en se jetant à la mer ou en mettant le feu aux poudres [E.Dorlin 2006].

⁷⁶ Phénomènes suicidaires chez l'adolescent guadeloupéen : approche clinique et psychopathologique de la tentative de suicide : prévention et prise en charge. Thèse 2010. Patrick Racon

⁷⁷ Quelques réflexions autour du tabou et du suicide. Valérie Munier 2004

⁷⁸ Approche statistique du suicide en Guadeloupe. (Premiers résultats de l'enquête réalisée auprès des services d'urgence en 2007). Directions de la santé et du développement social de Guadeloupe et Martinique

La communauté indienne de Guadeloupe

Les Indiens sont les derniers arrivants en Guadeloupe et proviennent de l'Inde méridionale et septentrionale. Dans la population indienne, le suicide reste prioritairement lié à la condition des conséquences de l'esclavage. Comme pour les esclaves africains, il est l'expression de la résistance. Par ailleurs, compte tenu de la dimension importante de la religion dans cette communauté, il fut également une manière de pérenniser leur religion⁷⁹.

• La représentation de la maladie

Le Dr Eynaud retrace les évolutions historiques de la Guadeloupe et met en relief la relation qu'ont les patients avec la maladie face au mouvement de créolisation de cette société plurielle et de l'adaptation que doit faire le psychiatre. Les sociétés créoles sont donc les héritières de la superposition d'influences culturelles diverses. Les Antilles sont des terres de migrations, plus ou moins choisies, plus ou moins subies. Au fil des arrivées des peuples et des cultures, y ont aussi débarqué thérapeutes et théories. Leurs représentations se sont ainsi succédées, empilées. Depuis les Taïnos dialoguant avec les zémis grâce aux effets de la Cohoba, aux statistiques de la maison coloniale de santé de Saint-Pierre ou la drapétomanie du docteur Cartwright, avant les années 1960 et les bouffées délirantes guadeloupéennes, les modèles furent nombreux. Rappeler cette histoire est l'occasion de s'interroger sur le poids des représentations y compris chez les scientifiques, dont les « connaissances » sont aussi culturelles, voire idéologiques. À toutes les époques, le social conditionne le sanitaire.^{80 81}

P. Joly a mené une étude en Guadeloupe auprès de 27 familles d'enfants suivis en institutions de santé mentale infantile pour comprendre les représentations des troubles des enfants par leurs parents, les théories étiologiques et les itinéraires thérapeutiques⁸². Les théories étiologiques d'ordre culturel exprimées par les familles étaient associées à des recours aux secteurs de soins traditionnel et populaire. Ces familles se disaient également satisfaites par les soins institutionnels de leur enfant. Ce qui montre que la compréhension par les parents du discours médical ou psychiatrique sur les troubles de leurs enfants n'exclut pas une recherche de sens et de soins d'ordre traditionnel qui, elle-même, n'empêche pas l'adhésion aux soins proposés par les institutions. Ce résultat vient déconstruire un préjugé, répandu dans le milieu médical que l'adhésion des malades à des représentations "traditionnelles" de la maladie peut être un obstacle à la compréhension du discours scientifique⁸³.

⁷⁹ Phénomènes suicidaires chez l'adolescent guadeloupéen : approche clinique et psychopathologique de la tentative de suicide : prévention et prise en charge. Thèse 2010. Patrick Racon

⁸⁰ Histoire des représentations de la santé mentale aux Antilles. La migration des thérapeutes. L'information psychiatrique 2015/1 (Volume 91) Michel Eynaud

⁸¹ Le risque suicidaire en Guadeloupe : Quelle réalité en population générale ? Quelles stratégies de prévention ? Thèse 2016. Jean-Baptiste Cécile Océane Marie

⁸² Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe Patricia Joly, Olivier Taïeb, Tahar Abbal, Thierry Baubet, Marie Rose Moro. La psychiatrie de l'enfant 2005/2 (Volume 48)

⁸³ La recherche épidémiologique en santé mentale aux Antilles : vers une mise en perspective anthropologique. Jean Benoist L'information psychiatrique. 2003

- **Recours aux médecines traditionnelles**

La culture guadeloupéenne est un prototype de société multiculturelle. On y retrouve une langue spécifique : le créole, qui témoigne d'emprunts divers. De même, les croyances et les rituels sont issus d'origines plurielles. On peut aussi mettre en évidence l'existence de recours thérapeutiques traditionnels et populaires propres à cette culture. Par exemple, les bens démarrés (rites de purification du corps) et les parfumages (rites de purification des lieux) sont des héritages caraïbes. La notion de sort jeté, la référence à des livres de magie comme le Grand Albert et le Petit Albert ou l'invocation aux Saints sont des pratiques héritées du bocage métropolitain⁸⁴.

- **Traumatismes liés aux conditions climatiques des Antilles**

Dans « Les Antilles terre à risques », selon les auteurs, les médecins interrogés, après le passage du cyclone Hugo, en Guadeloupe, en 1989, indiquent que le cyclone en lui-même n'entraînait pas de maladies particulières. En revanche, les personnes ayant subi des pertes conséquentes pouvaient, dans le cadre de ces déboires, déclencher des états dépressifs. De même, la déstructuration de l'environnement avait sur les individus, l'effet d'un traumatisme psychique, sans apparition de pathologie spécifique. Ainsi, s'il n'y avait pas de pathologie directement liée au cyclone, il pouvait y avoir l'apparition de troubles psychiques mineurs.^{85 86}

- **Représentations des actions de prévention et des prises en charge**

Le sociologue Guadeloupéen, A. Flagie, s'interroge sur la représentation de la prévention des catastrophes naturelles en Guadeloupe⁸⁷. Il serait intéressant de voir, dans quelle mesure, les représentations observées s'appliquent à la prévention en générale et plus particulièrement, à la prévention en santé. Ainsi, dans son rapport « Demin se on kouyon » (Demain est un imbécile) réalisé après le passage du cyclone Hugo de 1989, le chercheur observe que, même si la population est bien informée des conséquences des phénomènes cycloniques, elle semble à chaque fois dépassée, surprise par le désastre. Comme si le retour d'expérience ne fonctionnait pas. La représentation de la notion de prévention serait une représentation négative de la planification, une « prédiction créatrice ». C'est ainsi que préparer le malheur c'est l'appeler et en prolongement, prévenir le désordre c'est le créer. Il semble dès lors intéressant d'interroger les professionnels de la prévention du suicide, en Guadeloupe, sur cette notion de « prédiction créatrice ».

⁸⁴ Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe Patricia Joly, Olivier Taïeb, Tahar Abbal, Thierry Baubet, Marie Rose Moro. La psychiatrie de l'enfant 2005/2 (Volume 48)

⁸⁵ Les Antilles, Terre à risques. Collection Geode. Publication dirigée par Maurice Burac

⁸⁶ Facteurs explicatifs de la détresse post-traumatique et du burn-out chez le personnel hospitalier 6 mois après le cyclone Irma à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Metregiste D, Boucaud-Maître D, Aubert L, Noubou L, Jehel L. *PLoS One*. 10 mars 2020 ; 15(3): e0229246. doi: 10.1371/journal.pone.0229246. eCollection 2020. PMID : 32155185.

⁸⁷ Demin se on kouyon. Recherche en sociologie. A. Flagie. 1993

II. Guyane

- Représentations autour de la santé mentale et du suicide

Populations amérindiennes

D'après les actes du colloque « Suicide et tentatives de suicide » tenu en Guyane par l'ORSG les 9 et 10 décembre 2003, B. Wyngaarde, chef coutumier du village amérindien de Balaté (Saint-Laurent-du-Maroni) affirme que les jeunes filles « [...] font preuve d'un fatalisme très marqué sur ce sujet : elles parlent du suicide comme d'une force irrésistible. Cependant, le suicide n'est pas évoqué comme quelque chose de négatif ou de repoussant. »

« Le suicide se produit très souvent dans un contexte de fête. Les fêtes sont assez nombreuses : elles ont lieu à l'occasion des anniversaires, de Noël, et du jour de l'an, à l'occasion des rencontres sportives. Lors des fêtes, le cachiri coule à flots, d'autres boissons parfois. Les fêtes sont des moments de joies et de partage, mais elles donnent lieu à des excès. Il s'est produit des viols à l'occasion de fêtes. L'idée du suicide est souvent associée à ces moments de fête : si on a connaissance d'un problème ou d'un différend, la moindre absence d'un enfant évoque chez les parents l'éventualité d'un suicide. »⁸⁸

Communauté Créole Haïtienne

Le Dr. C. Marotte, ethnopsychiatre⁸⁹, décrit la représentation du suicide dans la communauté haïtienne : « Le suicide ne correspond, en effet, à aucune catégorie d'explication admise et compréhensible socialement dans la culture traditionnelle haïtienne. »

« Se situant à l'extérieur du type d'explication traditionnelle, le suicide en Haïti génère l'émergence d'un individu à part entière ce qui est difficilement concevable. Le suicide peut alors apparaître comme dangereux parce qu'il signale une faiblesse au niveau du groupe d'appartenance, et qu'il engendre insidieusement le démantèlement du groupe au profit d'un acte hautement individuel. »⁹⁰

Communauté Bushinengue

B. Apouyou, capitaine Boni du Village Saramaka distingue 3 types de suicide dans la communauté Bushinengue : le suicide du déshonneur, par vengeance ou par envoûtement.

Il ajoute : « le suicide dans la communauté reste toujours un acte condamnable et non acceptable. »

Le suicide est très sévèrement puni dans la communauté Marron. En cas d'échec, la tentative de suicide est puni par le Gran-Man, chef et garant de l'ordre politico-religieux⁹¹, et condamné par la famille⁹².

⁸⁸ Wyngaarde B. Le suicide au sein de la communauté amérindienne de Guyane. *In* Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p. 77-79.

⁸⁹ Equipe de psychiatrie transculturelle (Hôpital de Montréal pour enfants), présidente du Réseau d'Intervention auprès des personnes ayant subi la Violence Organisée (RIVO)

⁹⁰ Marotte C. Le suicide dans la culture haïtienne traditionnelle. *In* Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p. 65-68.

⁹¹ Anakesa A. Les Bushinengé, Nèg Mawon de Guyane [en ligne]. 2019. Disponible sur : <https://hal.univ-antilles.fr/hal-01969598/document>

⁹² Apouyou B. Le suicide au sein de la communauté Bushinengue. *In* Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p. 81

« Au niveau du village, ses enfants subiront un préjudice moral et seront accompagnés par une thérapie que devra aussi suivre le suicidant. »

Celui qui décède laisse à sa famille une dette à régler aux autorités coutumières afin de procéder à une inhumation décente.

Dans le cas contraire, il est enterré comme « un mauvais vivant et son âme ne sera pas en paix. Dans ce cas, sa femme ne portera le deuil que 3 mois au lieu d'une année et il ne sera jamais réincarné. »

Si la famille s'acquitte de la dette, le défunt ou défunte aura droit à des prières qui favorisera la réincarnation en un meilleur élément et « afin que sa descendance ne subisse pas un sort comparable. »⁹³

Communauté Créole Guyanaise et Créole Antillaise

Selon N. Grand-Bois, psychologue au CHAR, chez les personnes n'ayant pas été confronté à cet événement, la tentative de suicide (TS) est perçue par « tel un geste d'appel, ou comme un suicide avorté, ou encore comme un chantage affectif, particulièrement quand il s'agit de TS chez des adolescents. »

L'incompréhension est parfois constatée face à « ce mal être de plus en plus émergeant. »

Les individus ayant effectué une TS l'associent à l'oubli, à la nécessité d'un répit face aux difficultés rencontrées plutôt qu'à l'intention de se donner la mort. Ils déclarent « qu'ils ne voulaient pas mourir mais qu'ils ont surconsommé des médicaments pour pouvoir dormir, oublier leurs problèmes. »

N. Grand-Bois affirme : « Le suicide quant à lui est souvent clivé soit en acte de bravoure ou en geste de lâcheté. D'autres encore pensent que les Créoles ont un fonctionnement trop communautaire où règne la solidarité, pour que se produisent des TS et des suicides. Lesquels ne seraient donc que l'effet de l'influence des pays occidentaux. »⁹⁴

• Recours aux médecines traditionnelles

Le pluri-ethnisme et le multiculturalisme caractérise le territoire guyanais. Amérindiens⁹⁵, Brésiliens, Noir marrons⁹⁶, Chinois, Créoles, Haïtiens, Hmong, et d'autres⁹⁷ possèdent un patrimoine socioculturel ainsi qu'une médecine et une pharmacopée traditionnelles associées à une représentation corporelle et de la maladie qui leur sont propres.

C'est, affirme les auteurs d'un ouvrage sur les pharmacopées traditionnelles guyanaises, « dans les cas les plus graves et lorsque la médecine moderne est impuissante, on s'adresse à un guérisseur.

⁹³ Apouyou

⁹⁴ Grand-Bois N. Regard sur la tentative de suicide et le suicide chez les Créoles en Guyane. *In Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide*, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p. 83-86.

⁹⁵ En Guyane française, les amérindiens se répartissent en six ethnies : Wayanas, Wayampis, Teko, Lokono, Kali'na et Palikurs.

⁹⁶ Bonis, N'djukas et Saramaka.

⁹⁷ Urena Rib P. Les jeunes de la Guyane et la pluri-ethnicité [en ligne]. *Hermès*, n°32-33, 2002, pp.69-81. Disponible sur : <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/14361>

On distinguera le *gado* guyanais (possédant un don de divination qui permet d'identifier le nom du coupable à l'origine du mal) du *quimboiseur* (sorcier antillais) qui maîtrise le *tyimboi*, la magie. »⁹⁸

Les guérisseurs créoles, qu'ils soient antillais, haïtiens ou guyanais, sont réputés et reconnus pour leur savoir-faire. Néanmoins, « les Noirs Marrons comme les Haïtiens, passent aux yeux des Créoles, surtout citadins, comme les détenteurs d'un savoir plus authentiquement lié aux racines africaines et sont ainsi de plus en plus consultés. »⁹⁹

M. Fleury¹⁰⁰ affirme qu'il n'est pas « rare de voir des jeunes Alukus scolarisés qui ne croient pas en la pharmacopée traditionnelle, y recourir en cas de crise, de malheur, de problème grave. [...] Et si les remèdes occidentaux sont réputés très efficaces sur les symptômes de la maladie, ils sont incapables d'expliquer la cause profonde de cette maladie. Seul un spécialiste de la tradition, un *obiaman*, par exemple, permettra d'exposer le contexte de la maladie, et pourra reconnaître quel est le dérèglement social ou cosmique qui est à l'origine de la maladie. »¹⁰¹

La médecine créole n'est pas réservée à un groupe de spécialistes mais est volontiers partagée. Ce partage qui intervient essentiellement dans l'entourage familial et amical constitue le garant de sa transmission et sa vitalité sans heurt avec la pharmacopée moderne.

En 2002, une enquête mentionnait que l'automédication par les plantes étant largement pratiquée en Guyane française, il apparaîtrait non-négligeable d'estimer l'impact du « processus d'acculturation qui touche ces communautés [...] sur la fréquence des intoxications végétales. »¹⁰²

Sur la période d'enquête, de 1993-2000, 12 décès sont dû à une intoxication par les plantes. Les principales causes d'intoxications sont multiples, parmi elles, le non-respect des méthodes traditionnelles de préparation ; l'erreur d'identification ou la tentative d'empoisonnement ou de suicide. Cette dernière cause, indique les auteurs de l'étude, se révèle « non négligeable face à des ethnies qui savent utiliser les plantes pour donner la mort. Plusieurs décès demeurent inexpliqués d'un point de vue médical et l'intoxication par les plantes se présente alors comme une cause très probable. »¹⁰³

⁹⁸ Grenand, P., Moretti, C., Jacquemin, H., & Prévost, M. (Eds.) 2004. Le remède créole : Une approche de la médecine créole guyanaise [en ligne]. In *Pharmacopées traditionnelles en Guyane : Créoles, Wayãpi, Palikur*. IRD Éditions. Disponible sur : <https://books.openedition.org/irdeditions/20318>

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Ethnobotaniste à l'UMR PALOC MNHN-IRD, directrice de l'antenne guyanaise du Muséum National d'Histoire Naturelle, présidente de l'association pour l'Etude et le Développement des Plantes Aromatiques et Médicinales en Guyane (GADEPAM)

¹⁰¹ Fleury, M. Transmission des savoirs et modernité en Guyane française : les savoirs traditionnels sont-ils condamnés ? [en ligne]. In Fleurentin, Jacques, *et al.* Des sources du savoir aux médicaments du futur. Marseille : IRD Éditions, 2002. pp. 140-143. Disponible sur : <http://books.openedition.org/irdeditions/7216>

¹⁰² Dorangeon

¹⁰³ Dorangeon E., Moretti C. Enquêtes sur les intoxications par les plantes en Guyane française : aspects ethnobotaniques et médicaux [en ligne]. In Fleurentin J., Pelt J.M., Mazars G., Lejosne J.C., Cabalion P. *Des sources du savoir aux médicaments du futur : actes du 4e congrès européen d'ethnopharmacologie* Paris ; Metz : IRD ; SFE, p. 358-361. Disponible sur : https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-03/010030513.pdf

• Aspects communautaires et religieux

Populations amérindiennes

Chez les Amérindiens, « le suicide n'est pas la « volonté de se tuer soi-même » mais la conséquence de l'action d'un esprit ou d'un sorcier. Cet esprit vient murmurer à l'oreille : « Tue ton corps ». »¹⁰⁴

B. Wyngaarde¹⁰⁵ témoigne : « Le fatalisme décourage le dialogue et l'irrationnel est omniprésent. Par exemple, la mort est toujours considérée comme provoquée par une cause extérieure sur laquelle on n'a pas prise. »¹⁰⁶

M. Pradem retranscrit ce témoignage fort que nous reproduisons dans son intégralité : « Lors du suicide d'un homme de vingt-cinq ans sur l'Oyapock, l'un des proches m'exprime ainsi le sentiment d'impuissance face à cette nouvelle mort. Leur monde est devenu une sorte de désert ayant perdu ses forces profondes. Les auxiliaires que sont les esprits ont fui. Au sentiment d'impuissance, s'ajoute le danger : car si les alliés fuient, ils laissent la place aux plus mauvais d'entre eux. Les yeux brouillés de larmes, raide sur son banc, affecté par la succession de signaux que personne n'avait su repérer, lui-même touché par les tentatives de suicide de sa fille et la mort d'un de ses neveux par pendaison, mon interlocuteur cherchait quels moyens restaient à sa famille et à son peuple de se prémunir, pour faire un bouclier contre ces êtres qui viennent murmurer à l'oreille « Tue ton corps ». Car les morts par suicide ne quittent pas aisément l'environnement humain. Ils errent dans les limites du village et viennent habiter les rêves des proches. »¹⁰⁷

Communauté Créole Haïtienne

Dans la communauté Haïtienne, la personne qui se suicide est considérée, le plus souvent, comme victime d'une atteinte spirituelle : « de la part d'esprits cherchant à se venger d'un manquement à leur égard. » Ou bien, du fait d'une « attaque sorcière » c'est-à-dire : « d'une vengeance symbolique de la part d'une famille contre une autre famille suite à une transgression ou à un conflit quelconque. »

Le suicide est donc le résultat « d'un état d'aliénation mentale provoqué par un acte de sorcellerie et/ou téléguidé en quelque sorte par les esprits : ainsi on parlera de mort subite ou de mort par empoisonnement davantage que de suicide. »

Le Dr. C. Marotte précise : « la mort subite serait la plupart du temps une mort incompréhensible ». Elle frappe la communauté par son caractère si soudain qu'elle ne peut s'en trouver expliquée « d'une manière sociale ou religieuse puisqu'elle peut frapper des personnes en pleine santé et jeunes. » Si une personne se suicide, « son acte est la plupart du temps « récupéré » et est l'expression d'une volonté spirituelle/religieuse ou sociale. »¹⁰⁸

¹⁰⁴ Pradem

¹⁰⁵ A proximité de Saint-Laurent-du-Maroni

¹⁰⁶ Wyngaarde B. Le suicide au sein de la communauté amérindienne de Guyane. *In Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide*, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p. 77-79.

¹⁰⁷ Pradem

¹⁰⁸ Marotte C. Le suicide dans la culture haïtienne traditionnelle. *In Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide*, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p. 65-68.

Communauté Créole Guyanaise et Créole Antillaise

N. Grand-Bois décrit la communauté Créole comme : « étant majoritairement de religion catholique et de tradition judéo-chrétienne ». Il y a encore 30 ans, l'Eglise considérait et considère encore le fait de s'ôter la vie comme un péché et le refus de célébration des funérailles aux personnes mortes par suicide était courant. Aujourd'hui encore et en dépit d'une cessation de cette distinction, « les familles manifestent toujours autant de réserve sur fond de pudeur, de tristesse et de culpabilité [...] et dissimulent fréquemment les causes du décès au prêtre qui assure la cérémonie d'enterrement. »

La psychologue poursuit sa description en insistant sur la difficile quête de sens dans le geste du proche qui a mis fin à ses jours. Face à l'incompréhension, on recourt à des croyances d'ordre magico-religieux, d'autant plus lorsqu'il s'agit du suicide d'une personne atteinte de troubles mentaux : « En effet, la principale représentation sociale de la maladie mentale dans cette communauté, est de l'expliquer par le fait que le patient soit sous l'emprise de forces invisibles et obscures ou encore qu'il ait fait un pacte avec le diable par exemple. [...] On entend certaines personnes expliquer le geste suicidaire par l'influence d'un « paille ».

N. Grand-Bois donne cet exemple et conclue : « il ou elle s'est suicidé(e) dans un contexte de rupture sentimentale parce que l'autre (le ou la partenaire) aurait utilisé un charme (filtre d'amour). Dans l'abord de ce fait social du suicide, ce qui fait la spécificité des Créoles, c'est probablement l'impact important de la religion catholique, ou de la culture judéo-chrétienne dans le vécu et la gestion de cet événement douloureux et aussi le fait que le décès par suicide soit souvent expliqué par le recours à la fois aux explications médicales (si le défunt était au préalable suivi) mais surtout de se référer à des théories, à des croyances magico-religieuses qui visent à réduire la souffrance ressentie et à excuser le suicidé puisqu'il n'est pas réellement responsable de son geste. »¹⁰⁹

AXE 4 : Environnement sanitaire

I. Offre de santé

Guadeloupe

Globalement, la démographie médicale en Guadeloupe est plutôt défavorable par rapport à la moyenne française pour les médecins généralistes (la densité est de 78 praticiens pour 100 000 habitants, dont 52 % ont plus de 55 ans), et s'avère très défavorable par rapport au niveau métropolitain pour les psychiatres (la densité de psychiatres libéraux est 5 fois inférieure au niveau hexagonal, de même pour les pédopsychiatres).

Offre de soins hospitalières en psychiatrie

Pour les patients de moins de 16 ans, le taux d'équipement est faiblement inférieur à la moyenne nationale, aussi bien sur l'hospitalisation conventionnelle que partielle. Il en est de même concernant l'offre de CMP en Guadeloupe (8,4 structures pour 100 000 habitants de moins de 16 ans contre 11 en

¹⁰⁹ Grand-Bois N. Regard sur la tentative de suicide et le suicide chez les Créoles en Guyane. *In Actes du colloque : Suicide et tentatives de suicide*, ORSG, 9 et 10 décembre 2003. Octobre 2005, p. 83-86.

France). La question de l'identification précoce des troubles psychiques se pose. On observe que la part des admissions par les urgences en psychiatrie pour les 0-17 ans est de 32 % en Guadeloupe, contre 7 % en France (source : Atlas de santé mentale, données 2015).¹¹⁰

Pour les adultes, les taux d'équipement sont similaires à la moyenne nationale.

Offre médico-sociale

Le taux d'équipement pour l'accueil des enfants et adolescents handicapés est sensiblement inférieur à la moyenne hexagonale pour les ITEP mais très au-dessus de la moyenne nationale pour les SESSAD et les IME. Concernant les EHPADs, la Guadeloupe apparaît nettement sous-dotée.

Offre en addictologie

Selon les données de l'enquête SMPG 2014, réalisée en population en générale, en Guadeloupe, 7 % des personnes présentent des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues, identique au taux retrouvé dans l'ensemble du territoire français. Néanmoins, les professionnels ont mis en évidence leurs grandes difficultés à prendre en charge les personnes souffrant de ce type de troubles. On note dans un premier temps un sentiment d'impuissance des professionnels pour toucher les personnes souffrant d'addictions et de troubles psychiques afin de les amener à recourir aux soins. Ensuite, certains publics spécifiques sont également très difficiles à toucher (personnes en errance, personnes en situation d'handicap, personne âgées, personnes en situation irrégulière, sans domicile fixe, jeunes mères, etc.) impliquant des évaluations tardives, des ruptures dans les prises en charge et globalement une perte d'efficacité dans l'accompagnement et la réinsertion.

Des constats ont également été partagés quant au dispositif existant et notamment :

- L'existence d'une offre en hospitalisation conventionnelle qui s'est réorganisée, mais qui reste insuffisante au regard des besoins ;
- Une offre d'hébergements et de logements adaptés en nombre insuffisant et parfois méconnue des acteurs de l'accompagnement ;
- Une offre de consultations avancées par les CSAPA qui fonctionne bien.^{111 112}

EPSM (Etablissement public de santé mentale) de la Guadeloupe

L'EPSM de la Guadeloupe regroupe les structures publiques de psychiatrie du département. L'EPSM de la Guadeloupe, gère 5 établissements : Un établissement sanitaire, l'EPSM de la Guadeloupe, stricto-sensu, avec 2 sites d'hospitalisation (Saint-Claude et Pointe-à-Pitre) et 32 sites extrahospitaliers répartis sur l'ensemble du territoire. Quatre établissements médico-sociaux (EMS) : un Centre de Ressources en Autisme ; un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie Généraliste (CSAPA-G) ; deux Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) (l'un à Basse-Terre, l'autre à Pointe-à-Pitre).

¹¹⁰ Les professionnels de santé en Guadeloupe. Dossier thématique. ORSaG. <https://www.orsag.fr/>

¹¹¹ Agence Régionale de Santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy. Projet territorial de santé mentale. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dtsm-pts_m_guadeloupe.pdf

¹¹² Le risque suicidaire en Guadeloupe : Quelle réalité en population générale ? Quelles stratégies de prévention ? Thèse 2016. Jean-Baptiste Cécile Océane Marie

Guyane

Avec une densité de 43,5 pour 100 000 habitants en Guyane contre 75,8 en Guadeloupe, 80,5 en Martinique, 119,8 à La Réunion au 1^{er} janvier 2020, la Guyane fait partie des régions d'Outre-Mer (hors Mayotte) avec la plus faible densité en médecins généralistes libéraux.

De plus, la psychiatrie, qui est l'une des principales spécialités médicales dans le champ de la santé mentale, est déficitaire sur le territoire guyanais. On y comptabilise notamment 3 fois moins de médecins psychiatres (tous modes d'exercice confondus) que dans les autres Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) : 4,8 pour 100 000 habitants en Guyane contre 17,8 à La Réunion, 17,4 en Martinique et 13,3 en Guadeloupe et 4 fois moins d'infirmiers psychiatriques : 9,3 pour 100 000 habitants en Guyane contre 36,6 en Guadeloupe, 29,5 en Martinique et 21 à La Réunion). Toutefois, la densité de psychologue est comparable (81,2 pour 100 000 habitants en Guadeloupe, 73,3 en Martinique, 72,6 à La Réunion et 71,1 en Guyane).

L'offre de soins hospitalière publique et privée est inégalement répartie sur le territoire. Elle est disponible uniquement dans 3 communes sur 22 et assurée par 6 hôpitaux dont 3 privés (exclusivement localisés à Cayenne). Certaines filières de soins telle que la psychiatrie est incomplète voire inexistante au sein de certains hôpitaux. En effet, seuls 2 établissements publics exercent une activité de psychiatrie : le centre hospitalier (CH) de Cayenne auquel sont rattachés 2 secteurs de psychiatrie générale, 1 secteur de psychiatrie infanto-juvénile ; le CH de l'Ouest Guyanais (CHOG) auquel sont rattachés 3 secteurs de psychiatrie générale et 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Comme pour les autres régions, la psychiatrie publique est organisée en secteurs géographiques :

- De la frontière avec le Brésil (à l'Est) jusqu'à trou poisson (entre Sinnamary et Iracoubo à l'ouest) rattachés au CHC ;
- De trou poisson jusqu' à la frontière avec le Surinam à l'ouest rattaché au CHOG.

En parallèle de cette organisation, 3 dispositifs intersectoriels rattachés au CH de Cayenne viennent compléter la psychiatrie publique. Par ailleurs, une unité fonctionnelle de psychiatrie intra-carcérale (psychiatrie pénitentiaire) prend en charge le suivi psychiatrique des détenus.

En 2019, le taux d'équipement (TE) en psychiatrie générale en Guyane est de 51,3 lits ou places d'hospitalisation pour 100 000 habitants de 15 ans et plus. Ce taux est globalement deux fois inférieur à celui observé dans les autres DROM (1,8 fois inférieur à celui observé en Martinique et à La Réunion, 1,7 fois à celui de la Guadeloupe et en France hors DROM (1,9 fois).

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, on note en Guyane un TE en hospitalisation partielle 3 fois inférieur à celui de la France hors DROM et en Guadeloupe et près de 2 fois inférieur à celui de La Réunion.

Les établissements disposent de 18 ETP médical (hors internes) et de 249 ETP non médicaux¹¹³. Les personnels exerçant en unité d'hospitalisation temps plein représentent 1 ETP médical (hors internes) et de 25 ETP non médicaux.

En Guyane, ce sont plus de 2 000 patients vus au moins une fois en psychiatrie en 2019 contre plus de 6 500 en 2016 soit une baisse de près de 70 % de la file active totale psychiatrie liée au recul la démographie médicale.

Mayotte

L'organisation du système de soins est centrée autour d'un seul établissement public de santé (le CHM : centre hospitalier de Mayotte) qui assure l'activité des soins dans tout le secteur public. Il dispose :

- D'un site principal situé à Mamoudzou qui abrite les services d'hospitalisations et un plateau technique (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, réanimation, urgences, bloc opératoire, laboratoire de biologie, service d'imagerie équipé d'un scanner et d'un appareil d'IRM dans le cadre d'un GIE, caisson hyperbare).
- 4 centres médicaux de référence qui assurent des consultations médicales de premiers secours et une permanence de soins est organisée 24h/24, 7 jours sur 7. Les CMR¹¹⁴ disposent également d'un service de maternité de proximité.
- 13 centres de consultations de proximité, qui assurent les consultations médicales du lundi au vendredi de 7h à 14h.

Absence d'autres offres de soins publiques et privées sur le territoire.

Au 1^{er} janvier 2021, l'effectif des médecins libéraux est très faible : 30 médecins généralistes et 6 spécialistes libéraux pour 100 000 habitants à Mayotte. L'offre de soin est très peu développée sur l'île par rapports aux autres régions d'Outre-mer.

Également, la présence des professionnels spécialiste du champ de la santé mentale est très démunie dans le département : une densité de 8 pour 100 000 habitants pour les psychologues libéraux et pas de médecin psychiatre en libéral. Toutefois la densité de psychologues est moindre par rapport aux autres régions d'Outre-mer.

Concernant le taux d'équipement au service psychiatrie, en 2019 on comptabilise 10 lits d'hospitalisation ; Ce taux est inférieur par rapport aux autres régions des DOM. Un déficit d'équipement (lits et places) peut expliquer le non-recours aux soins en psychiatrie et la sous-évaluation des personnes présentant des troubles psychiques.

En 2019, le nombre d'actes, soins et intervention au Centre médico-psychologique (CMP) est de 6 920 dont 27 % en psychiatrie infanto-juvénile¹¹⁵.

¹¹³ Personnels des services de soins (aides-soignants, infirmiers, psychologues, personnels de rééducation) et personnels éducatifs et sociaux.

¹¹⁴ Centres médicaux de référence.

¹¹⁵ Rapport d'activité CHM 2019.

Équipement sanitaire

À La Réunion quatre établissements de psychiatrie générale couvrent le territoire réunionnais :

- CHU site sud : hospitalisation complète, partielle de jour et de nuit, placement familial
- EPSM Réunion : hospitalisation complète, partielle de jour et de nuit, placement familial, appartement thérapeutique, centre de crise
- Clinique les Flamboyants Ouest : hospitalisation complète, partielle de jour
- Clinique les Flamboyants Sud : hospitalisation complète, partielle de jour

Les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie adulte

En 2017, La Réunion dispose de 23 Centres Médico Psychologiques (CMP) pour adultes ; 10 Centres d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ; 75 places en accueil familial thérapeutique ; 9 places en appartement thérapeutique ; 2 équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP). La Réunion ne propose pas de centre de post cure psychiatrique ni de places en hospitalisation à domicile pour la psychiatrie.

Deux établissements autorisés en psychiatrie infanto-juvénile à La Réunion : le CHU site sud : (hospitalisation complète, partielle de jour, placement familial) et l'EPSM Réunion (hospitalisation complète, partielle de jour, placement familial)

Équipement médico-social

Le taux d'équipement en structures médicosociales à La Réunion est globalement moins élevé qu'au niveau national. Un niveau d'équipement globalement inférieur aux références nationales

Personnel médical

Pour les adultes : une démographie médicale en santé mentale déficitaire. Avec 140 médecins psychiatres recensés au 1^{er} janvier 2018, soit 16 pour 100 000 habitants, La Réunion présente une densité de médecins psychiatres nettement inférieure à celle de l'Hexagone (23 pour 100 000 habitants). Le constat est le même pour l'offre en psychologues et en infirmiers psychiatres avec des densités respectives de 61 pour 100 000 habitants (contre 99 dans l'Hexagone) et 17 (contre 52 dans l'Hexagone). L'offre de soins en médecine générale et en revanche plus élevée qu'en France hexagonale.

Pour les enfants, une faible densité en pédopsychiatres. Au 1^{er} janvier 2018, La Réunion compte 5 pédopsychiatres, tous salariés, dont 3 au CHU, 1 à l'EPSMR et 1 en structure médicosociale. La densité des pédopsychiatres apparaît très inférieure à celle observée dans l'Hexagone. En revanche, l'offre en pédiatrie est supérieure à celle dans l'Hexagone (69 pour 100 000 habitants de moins de 15 ans contre 63 dans l'Hexagone).

II. Offre communautaire

Il existe des groupes d'entraide mutuelle autour de la santé mentale sur le territoire.

Un nouveau GEM a ouvert ses portes à Combani en 2021 et c'est Mlézi maoré qui le parraine. Les objectifs du GEM de Combani sont : renforcer les dispositifs d'accompagnement des personnes

présentant des troubles psychiques et mentaux et promotion de la santé mentale sur le territoire mahorais.

La Réunion

En dehors des prises en charge institutionnelles, d'autres initiatives existent dans le champ de la Santé Mentale.

- **Deux conseils locaux de santé mentale en région**

La Réunion dispose de deux Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) qui couvrent les communes de Saint-Paul et de la Possession. Un CLSM est une plateforme de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs, présidée par un élu local, coanimée par la psychiatrie publique, intégrant les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins. Il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire.

- **Quatre groupes d'entraide mutuelle répartis sur le territoire...**

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM), dont le but est d'améliorer les conditions de vie des personnes présentant un handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise et qui se trouve en situation d'isolement ou d'exclusion sociale en instaurant des liens sociaux avec les pairs et avec d'autres populations.

Ces dispositifs sont notamment présents à Saint-Denis, Saint-Paul, Saint-Pierre et Saint-Benoit.

- **L'association UNAFAM974**

L'Union nationale des amis et familles de malades psychiques est présente à La Réunion (UNAFAM 974). Cette association assure un rôle de représentation et de promotion de projets en faveur des malades psychiques ainsi que de nombreuses activités telles que l'information, le conseil et l'orientation. Elle organise également des groupes de parole répartis sur le territoire réunionnais.

- **Des associations pour la prévention du suicide**

Deux associations œuvrent sur le territoire réunionnais pour prévenir le passage à l'acte suicidaire : SOS Solitude et Prévention suicide.

III. Moyens et actions de prévention

Agences régionales de santé (ARS)

Dans l'ensemble des territoires, le Projet Régional de Santé (PRS), élaboré en cohérence avec la stratégie nationale de santé, constitue la feuille de route de santé piloté par les ARS. L'objectif de cette feuille de route est d'améliorer la santé de la population.

Guadeloupe

L'Agence Régional de la Santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy (ARS) a élaboré un **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de Guadeloupe.

Cinq axes opérationnels ont été identifiés pour construire la feuille de route du PTSM (1. Formation et interconnaissance ; 2. Évaluation de situations ; 3. Réorganisation et adaptation des structures ; 4. Évolution de l'offre ; 5. Concertation, partage d'information, mixité des accompagnements.).

Dans le cadre de ses travaux, l'ARS fait un état des lieux de l'organisation de l'offre de prise en charge sur le territoire. Concernant les risques suicidaires, les points suivants ont été observés : les conduites à tenir ne sont pas systématiquement connues des acteurs de la prise en charge et les protocoles ne sont également pas toujours bien formalisés. De nombreux patients sont perdus de vue, notamment du fait des difficultés de coordination des différentes institutions et d'absence d'une unité spécifique à la prise en charge des tentatives de suicide. Dans le cas des usagers passant par les urgences, les difficultés à assurer une psychiatrie de liaison suffisante posent problème ; il manque un point d'écoute département, à l'image de ce qui se fait en Martinique.

Au total, ce sont 284 micro-actions qui sont prévues dans le cadre de ce projet.¹¹⁶

Guyane

Depuis plus de 20 ans, la prévention du suicide constitue l'une des priorités de Santé Publique en France. En témoignent, les rapports du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) en 1992, les différents plans nationaux de prévention du suicide (2000-2005 ; 2011-2014), la création de l'observatoire national du suicide en 2013, l'adoption de la Loi de Santé Publique d'août 2014 ou encore, l'inscription de cette problématique dans l'action 6 de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie¹¹⁷ de 2018 et dans l'instruction du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide¹¹⁸. L'Agence Régionale de la Santé est au cœur de la politique de prévention des conduites suicidaires sur le territoire.

En Guyane, on recense un plan préfectoral de lutte contre le suicide élaboré le 21 janvier 2011, à la suite de deux suicides à quelques semaines d'intervalle à Camopi. Ce plan comporte un ensemble de 13 actions portant sur la santé et les addictions dont l'une parmi les plus emblématiques consistait en l'installation d'une cellule d'appui psychologique à Camopi reposant sur la création d'un poste d'infirmier psychiatrique qui, en 2015, n'existait pas.

¹¹⁶ Agence Régionale de Santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dtsm-ptsm_guadeloupe.pdf

¹¹⁷ Ministère des solidarités et de la santé. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Action 6 : Mettre à disposition des agences régionales de santé, un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide, p.11 [en ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>

¹¹⁸ Ministère des solidarités et de la santé. Instruction no DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide [en ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0124.pdf

Peu après, le projet régional de santé 2011-2015 a identifié la prévention du suicide¹¹⁹, comme l'un des deux objectifs stratégiques de l'axe « santé mentale » du plan stratégique régional de santé [6]. Plusieurs actions de prévention conduites par les acteurs associatifs ont été financées dans ce cadre, on peut notamment citer le programme de prévention communautaire du suicide sur le Haut Maroni, conduit par l'association Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche (ADER), financé depuis 2011, ainsi que le développement des compétences locales à l'évaluation et l'intervention auprès d'une personne en crise suicidaire, assuré par l'association Guyane Promo Santé en direction de professionnels, bénévoles ou de formateurs qualifiés.

L'évaluation du Projet Régional de Santé 2011-2015 observe qu'en dépit d'une amélioration des connaissances épidémiologiques sur le suicide, une médiation en santé ou encore une « psychiatrie qui intervient en territoires isolés », la gouvernance sur cette thématique doit être renforcée et souligne un manque de financements ainsi qu'une absence de réflexion sur le logement, l'insertion ou la création de dispositifs organisationnels¹²⁰.

Plus récemment, le Schéma Régional de la Santé (SRS) 2018-2022 inscrit la prévention du suicide comme une priorité et donne pour objectif de renforcer les compétences psychosociales des enfants et promouvoir les comportements favorables à la santé via l'amélioration de la santé mentale et physique des adolescents, la limitation de l'accessibilité aux armes, au paraquat, la prévention des viols et la vigilance autour des troubles des identités sexuelles¹²¹.

S'ajoute à cela, les éléments contenus dans la Feuille de route santé mentale et psychiatrie et l'instruction du 10 septembre 2019 citées précédemment mettant à disposition des ARS un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide comprenant notamment :

- Le dispositif de rappel des personnes ayant fait une tentative de suicide : Vigilans ;
- De multiples formations destinées aux professionnels au contact des personnes à risque suicidaire, aux médecins généralistes, journalistes et internes en psychiatrie.

Enfin, la mise en place d'un numéro national de prévention du suicide figure au nombre des actions portées par la mesure n° 31 du Ségur de la santé qui prévoit la mise en place d'un dispositif de renforcement en psychologues dans les Maisons de santé Pluriprofessionnelles (MSP) et les Centres de santé (CdS). Ce numéro national doit permettre une prise en charge sanitaire immédiate après évaluation et constitue une porte d'accès à l'ensemble des dispositifs d'aide psychologique. Une circulaire ayant pour objet l'accompagnement des ARS dans la mise en place de ce numéro national a récemment été signée et publiée (7 juillet 2021 et 16 juillet 2021)¹²².

¹¹⁹ La plupart des actions de prévention du suicide mises en place par l'ARS concernent plus particulièrement les communautés amérindiennes.

¹²⁰ Agence Régionale de Santé (ARS) de Guyane. Rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé de Guyane, 2011-2015. Décembre 2017. Réalisé par le bureau d'étude Regards Santé. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-02/PRS%201%20Rapport%20final%20d%27%C3%A9valuation%20PRS1.pdf>

¹²¹ Agence Régionale de la Santé de Guyane. Schéma Régional de la Santé (SRS) 2018-2022. Parcours à mettre en œuvre en Guyane [en ligne]. 2018, p.36. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/publication-du-projet-regional-de-sante-prs-guyane-2018-2028>

¹²² Circulaire N°DGS/SP4/DGOS/2021/122 du 7 juillet 2021 relative à la mise en place du numéro national de prévention du suicide dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45209>

Mayotte

Le PRS2 2018-2028 a été élaboré à partir d'un diagnostic effectué sur deux territoires : La Réunion et Mayotte qui a été piloté par l'ARS OI. Chaque région a ses spécificités et les stratégies ont été orientées en fonction des particularités des territoires. Dans le cadre d'orientation stratégique, 8 enjeux de santé ont été identifiés pour les 10 prochaines années dont le 6^{ème} est « la promotion et la protection de la santé mentale » dont les objectifs sont les suivants : Favoriser le bien être mentale, la prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires. Améliorer les parcours de santé des personnes ayant des troubles ou un handicap psychique et faire évoluer les pratiques des professionnels du sanitaire, du social et du médicosocial.

Le schéma régional de santé 2018-2028 prévoit également des actions de prévention sur la santé mentale : Enrichir les connaissances sur la santé mentale et développer une prévention de proximité en santé mentale ; et renforcer les capacités de prise en charge psychiatrique en veillant à leur intégration dans l'offre globale de soins¹²³.

La Réunion

La fréquence et l'impact sanitaire des maladies en lien avec la santé mentale au sein de la population réunionnaise sont préoccupants et justifient que « la promotion et la protection de la santé mentale » figure parmi les 8 enjeux du projet de santé Réunion-Mayotte sur la période 2018-2028. Depuis 2016, l'ARS a engagé en partenariat avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et les acteurs locaux une démarche pour améliorer les parcours en santé mentale. L'ARS Réunion a fait partie des 6 ARS retenues pour réaliser, en partenariat avec ANAP, un Diagnostic Territorial des Parcours en Santé Mentale¹²⁴. A La Réunion le diagnostic PTSM a été mis en œuvre par la Communauté territoriale de Santé Mentale (CTSM).

Sur le plan National, la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie publiée en juin 2018 puis l'instruction du 10 septembre 2019 présentent la stratégie nationale multimodale de prévention du suicide. L'ARS Réunion déploie cette stratégie de prévention en étroite collaboration avec l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion (EPSMR) et les acteurs locaux.

Les 7 objectifs de la feuille de route santé mentale identifiés à La Réunion sont :

- Prévenir les maladies mentales et renforcer l'acceptation sociale des personnes
- Prévenir les conduites suicidaires
- Assurer les conditions d'un repérage et d'un diagnostic précoce des troubles psychiques
- Enrichir les modalités de prise en charge des troubles psychiques
- Améliorer la fluidité des parcours de soins
- Améliorer les conditions de vie et l'inclusion sociale des personnes avec troubles psychiques
- Développer les connaissances et les compétences partagées en santé mentale

¹²³ Schéma de Santé (SRS) 2018-2023 Volet 3 : Mayotte [en ligne]. Saint-Denis : ARS Océan Indien ; 2018. Disponible sur : https://www.mayotte.ars.sante.fr/system/files/2019-11/ARS-OI_PRS%202-SRS%20VOLET%203%20MAYOTTE_VD.pdf

¹²⁴ Communauté Territoriale de Santé Mentale (CTSM) 974. Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de La Réunion 2019-2023 [en ligne]. Saint-Paul : Communauté Territoriale de Santé Mentale 974 ; 2019. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dtsm_ptsm_reunion.pdf

Le déploiement de la Stratégie Nationale de Prévention du Suicide à La Réunion s'appuie sur un ensemble d'actions de prévention intégrées, simultanées et territorialisées soutenues par l'ARS et mises en œuvre par les professionnels de La Réunion. Cette nouvelle stratégie multimodale a comme objectif de faire en sorte de repérer et de maintenir le lien avec les personnes en souffrance et de les orienter vers les ressources appropriées. Il s'agit :

- du maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide (dispositif Vigilans) ;
- de la formation au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire ;
- de la prévention de la contagion suicidaire (programme Papageno) ;
- d'une meilleure information du public.

Dispositif Vigilans

Dispositif de prévention du suicide et de veille suicidaire déployé par le Ministère en charge de la santé et les ARS. Il s'agit d'un outil de suivi qui a pour objectif principal de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de récurrences de tentative de suicide. Ce dispositif consiste en un système de contact et d'alerte proposé à tous les suicidants à la sortie du service de soins. Il repose sur le principe qu'après une tentative de suicide, il est crucial de bénéficier d'un lien avec un réseau de professionnels de santé qui maintiennent le suivi afin de limiter le risque de récurrence et favoriser l'accès aux soins en santé mentale.

• Lignes d'écoute téléphonique

Guadeloupe

Après « Voix arc-en-ciel », la première ligne d'écoute anti-homophobie et anti-transphobie de Guadeloupe, l'association Almagame Humanis a mis en place, août 2020, une ligne d'écoute pour la prévention du suicide « Prévention suicide 971 ». ¹²⁵

La Cellule d'urgence médico-psychologique de la Guadeloupe (Cump) a été mobilisée dans le cadre de la mise en place de la plate-forme d'écoute pendant le confinement

La Réunion

À la Réunion, deux associations œuvrent dans la prévention du suicide par le biais de plateformes téléphoniques disponibles 7j/7. Il s'agit de l'Association Prévention Suicide 974 (APS) et SOS-Solitude. Lors des appels, des informations sont saisies par l'écouter, notamment le sexe, une classe d'âge, et le motif d'appel. Ces données peuvent contribuer à compléter l'observation des conduites suicidaires à La Réunion.

¹²⁵ Association Almagame Humanis. Prévention Suicide en Guadeloupe. La Ligne d'écoute anti-suicide en Guadeloupe. <https://amalgamehumanis.org/prevention-suicide>

• Programme et dispositifs spécifiques

Guyane

Le programme Bien-Etre des Populations de l'Intérieur de Guyane (BEPI) est un programme en santé communautaire créé en 2018, financé par l'ARS de Guyane et porté par le Groupe SOS Jeunesse. Le programme concerne les communes de Maripasoula et Camopi. « Le choix de ces deux communes a été basé sur l'analyse des suicides à l'échelle infrarégionale sur la période 2001-2011¹²⁶. » Il a été créé en réponse à 10 des 37 propositions formulées¹²⁷ dans le rapport établi par A. Archimbaud et M-A. Chapdelaine, respectivement sénatrice et députée¹²⁸.

Ce programme propose des financements aux porteurs de projets de promotion de la santé de l'intérieur et se base sur une gouvernance participative qui donne aux habitants le pouvoir de choisir les actions et projets qui se déroulent sur leur territoire ; une approche positive de la santé en se concentrant sur les facteurs favorisant la santé et le bien-être plutôt que sur les maladies et facteurs aggravants.

Depuis sa création, le BEPI a financé 62 projets s'insérant dans les champs de la santé, du social, du sport et de la culture de promotion de la santé à Camopi et Maripasoula. Plus de 8 000 personnes ont bénéficié de ces activités pour un investissement de plus de 700 000 €. Une évaluation de chaque projet financé permet de capitaliser les bonnes pratiques de santé communautaire dans l'intérieur de la Guyane.

Le réseau enfance, mis en place par le BEPI et dans lequel est impliqué le Groupe SOS, vient répondre aux besoins de suivi social, sanitaire et scolaire des enfants et jeunes contraints de quitter leur foyer pour suivre une scolarité sur le littoral. Ceci contribuant à tendre vers une égalité des chances pour chaque enfant¹²⁹.

Depuis 2011, l'association ADER a développé différents programmes participant directement à la prévention des comportements suicidaires¹³⁰. On peut rappeler **le programme « Promotion du bien-être, prévention du suicide et accès aux soins sur le Haut Maroni » (2011-2013)** cité plus haut et **« Agir ensemble pour vivre mieux sur le Haut Maroni » (2014-2016)** visant à apporter des réponses adaptées aux comportements suicidaires « toujours avec le souci d'impliquer les habitants concernés dans les différentes phases du projet ». L'association précise que la plupart des activités est mise en œuvre dans les villages amérindiens (Aloiké, Anapaike, Antecume Pata, Elahé, Kayodé, Pidima, Talhuen, et Twenké) soit un peu plus de 1200 personnes concernées et le bourg de Maripasoula »¹³¹.

¹²⁶Santé Publique France. Bulletin de santé publique (BSP) Guyane. Conduites suicidaires et actions préventives en Guyane [en ligne]. 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>

¹²⁷ ARS Guyane. Programme « Bien-être des populations de l'intérieur » de Guyane (BEPI) [en ligne]. mars 2021. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/programme-bien-etre-des-populations-de-linterieur-de-guyane-bepi-0>

¹²⁸ 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, 167p.

¹²⁹ Guyane Promo Santé. Le programme Bien-Etre des Populations de l'Intérieur de Guyane [en ligne]. Disponible sur : <http://gps.gf/blog/le-programme-bien-etre-des-populations-de-linterieur-de-guyane/>

¹³⁰ A noter qu'en 2009, l'ADER a mis en place un observatoire des comportements suicidaires qui a contribué à quantifier le phénomène suicidaire et alerter les pouvoirs publics sur son importance dans les villages amérindiens du Haut Maroni

¹³¹ ADER Guyane. 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>

Dans le cadre du programme BEPI, l'ADER ainsi que l'association Développement, Accompagnement, Animation et Coopération (DAAC), Guyane Promotion Santé (GPS) et les CDPS ont été mobilisés par l'ARS de Guyane en 2017 pour le développement d'un programme de médiation en santé à Camopi et Maripasoula¹³².

La Réunion

Le dispositif ASQ¹³³ : Étude de validation de la version française du questionnaire « Ask Suicide-Screening Questions » (ASQ) dans une population de patients adolescents pris en charge en unité d'urgences pédiatriques

La Réunion est confrontée à une surmortalité par suicide chez les jeunes par rapport à la métropole. Le suicide est quasiment à égalité avec les accidents de la voie publique, première cause de mortalité chez les Réunionnais de moins de 25 ans.

Il y a peu, un outil de dépistage des idées suicidaires chez les adolescents a été validé en français, le SIQ (Suicidal Ideation Questionnaire), comprend 30 questions pour les patients de 15 à 21 ans, avec une version courte de 15 questions s'adressant aux 10-14 ans (SIQ-Jr). Afin de permettre l'usage de cet outil aux urgences (temps d'administration minimal), L.M. Horowitz a développé l'« Ask Suicide-screening Questions » (ASQ) un Hétéro-questionnaire de 4 questions s'adressant à tout patient de 10 à 21 ans pris en charge au service des urgences pédiatriques.

L'objectif principal de l'étude est de valider la version française à 5 questions de l'outil ASQ pour le dépistage des sujets à risque suicidaire dans une population d'adolescents de langue française consultant dans des services d'urgences pédiatriques.

La disponibilité de cet outil en français permettrait d'améliorer la prévention des conduites suicidaires chez l'adolescent en France et dans les pays francophones. Les résultats secondaires attendus sont une meilleure description de la population des adolescents à risque suicidaire de La Réunion sur le plan sociodémographique.

ELEAPSE : un exemple d'interface entre psychiatrie et médecine somatique

L'Equipe de Liaison Enfants et Adultes de PSYchiatry de l'Est (ELEAPSE) se situe à l'interface de la psychiatrie adulte, infanto-juvénile et de la médecine somatique. Au centre de la gestion du parcours patient, ce dispositif participe à l'élaboration des parcours en prise en charge coordonnés qui visent à améliorer le service à l'utilisateur.

ELEAPSE réalise des consultations spécialisées au plus proche du patient, après élimination des étiologies somatiques ou toxiques.

Après évaluation du patient majeur ou mineur, celui-ci est orienté, en accord avec le médecin somaticien référent, vers la prise en charge la plus adaptée à ses troubles.

ELEAPSE :

¹³² ARS Guyane. Programme bien-être des populations de l'intérieur : Camopi, Maripa-Soula. Rapport d'activité 2019 [en ligne]. P.42. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/programme-bien-etre-des-populations-de-linterieur-de-guyane-bepi-0>

¹³³ Observatoire National du Suicide (ONS). Suicide : connaître pour prévenir, dimensions nationales, locales et associatives [en ligne]. Deuxième rapport. Février 2016, 479p. Disponible sur : <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/publications-documents-de-reference/rapports/suicide-connaître-pour-prévenir-dimensions-nationales> (consulté le 23 juin 2021)

- centralise les demandes d'avis pour les patients,
- recense la disponibilité des lits dans les différentes unités du pôle,
- participe à l'élaboration des parcours de prise en soins coordonnés
- relaie les informations entre les différents acteurs de soins.

L'équipe intervient via un numéro unique.

IV. Formations des acteurs, partage d'expérience

Guadeloupe

Des formations des professionnels dans le repérage des risques suicidaires sont actuellement réalisées par la Cellule d'urgence médico-psychologique de la Guadeloupe.

Guyane

On dénombre que, jusqu'en 2019, entre 10 et 15 sessions de formations à l'évaluation et l'intervention auprès d'une personne en risque suicidaire avaient lieu chaque année par l'association **Groupe Guyanais de Prévention du suicide** par des professionnels formés à la méthode « Seguin-Terra ».

Le CRPS, dans le cadre de la politique de prévention du risque suicidaire, assure le déploiement du programme de formation national organisé en 3 modules : repérage, évaluation et intervention de crise.

En mars 2020, une formation de formateurs régionaux à l'intervention de crise a eu lieu. Elle doit permettre de former les professionnels sur le terrain à l'évaluation clinique du potentiel suicidaire et à sa prise en charge. Les autres formations de formateurs régionaux au repérage / orientation, et à l'évaluation / orientation devront suivre¹³⁴.

En outre, le CRPS dispose d'une équipe mobile d'intervention de crise constituée de professionnels permanents. Cette équipe a la capacité d'intervenir rapidement auprès des suicidaires et des communautés ou familles en situation de crise sur tout le territoire, mais principalement dans les communes isolées. Ces interventions visent à éviter les hospitalisations loin de la famille et les phénomènes de contagion suicidaire¹³⁵.

¹³⁴ ARS Guyane. Programme bien-être des populations de l'intérieur : Camopi, Maripa-Soula. Rapport d'activité 2019 [en ligne]. P.42. Disponible sur : <https://www.guyane.ars.sante.fr/programme-bien-etre-des-populations-de-linterieur-de-guyane-bepi-0>

¹³⁵ Santé Publique France. Bulletin de santé publique (BSP) Guyane. Conduites suicidaires et actions préventives en Guyane [en ligne]. 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>

La Réunion

Formation construite par le GEPS (Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide) et reposant sur 3 niveaux de formation destinés à des publics différents

- La formation intervention de crise destinée à des professionnels déjà spécialisés dans l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques ou qui interviennent dans un contexte d'urgence (SDIS Il s'agit de former ces professionnels aux conduites à tenir pour éviter le passage à l'acte.
- La formation évaluation du risque suicidaire plutôt destinée à des professionnels de santé qui vont être formés à l'évaluation du niveau de risque, ce qui leur permettra de proposer une orientation adéquate (de la simple orientation vers un partenaire à une prise de rendez-vous en direct)
- La formation Sentinelle ouverte à toute personne en contact avec un public ayant un risque de conduites suicidaires et souhaitant se former pour proposer une écoute attentive aux personnes de son entourage en éprouvant le besoin et ainsi repérer les premiers signes de risques suicidaires

En 2020, à La Réunion, 10 formateurs régionaux ont été formés, les perspectives pour 2021 prévoient le déploiement des premières formations de niveau 1 2 et 3.

Déploiement du programme Papagéno et formation des équipes journalistiques

Annexe 3 : Fiches territoriales

1. Fiche territoriale – Le suicide en Guadeloupe
2. Fiche territoriale – Le suicide en Guyane
3. Fiche territoriale – Le suicide en Martinique
4. Fiche territoriale – Le suicide à Mayotte
5. Fiche territoriale – Le suicide à La Réunion

REGARDS CROISÉS SUR LE SUICIDE ET LES CONDUITES SUICIDAIRES

Le suicide en GUADELOUPE

Corinne PIOCHE¹, Delphine TINVAL², Christina GOUDOU¹

¹ Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSaG), ² Sociologue



SOMMAIRE

Objectifs	2
Méthode	2
Chiffres clés	3
Les entretiens	6
Zoom	10
Synthèse	11
Références	11

contexte

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et les observatoires régionaux de la santé (ORS) des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) de Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et La Réunion ont proposé de réaliser un diagnostic interrégional pluri-thématique pour identifier les particularités des conduites suicidaires dans ces territoires. Les cinq DROM sont marqués par des spécificités géographiques, culturelles, socioéconomiques et sanitaires ou encore liées à leur histoire avec également une hétérogénéité entre chaque

territoire. Les observations faites sur les conduites suicidaires dans les DROM diffèrent de celles observées dans l'Hexagone et soulèvent des questionnements multiples. La mortalité par suicide et les tentatives de suicide au cours de la vie semblent moins fréquentes dans les DROM qu'en France hexagonale¹.

Ces résultats soulèvent des questionnements multiples, dont notamment la part de la sous-déclaration du suicide et des tentatives de suicide et le poids des représentations culturelles. Un état des lieux interrégional sur les conduites suicidaires est nécessaire pour mieux comprendre et interpréter ces constats. Cette fiche présente une synthèse des données quantitatives recensées (nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide, nombre de passages aux urgences, nombre de décès par suicide), ainsi qu'une revue de presse et une revue bibliographique sur les études spécifiques concernant les conduites suicidaires en Guadeloupe.

Pour mieux interpréter les données quantitatives, 9 entretiens semi-directifs et 3 focus group ont été réalisés auprès de 19 professionnels de terrain tels que des sociologues, psychiatres, psychologues, médecins, des professionnels de la prévention, de l'éducation nationale, des cellules d'écoute intervenant auprès des personnes concernées et des familles. Cette fiche présente également les points forts de ces échanges.

¹ BSP Guadeloupe - Santé mentale - Covid19 - Conduites suicidaires - Février 2023 - Santé Publique France



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. Elle s'articule autour de 4 axes thématiques :

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

L'étude s'est déroulée en deux phases distinctes :

Phase 1 : Une recherche bibliographique, documentaire et informationnelle afin de présenter le contexte sociodémographique, des données épidémiologiques, culturelles, sanitaires et des dispositifs d'observation disponibles en région a été réalisée, ainsi qu'un recensement de la littérature scientifique et de la lecture grise concernant les 4 axes de l'étude. En complément, une revue de presse rétrospective sur les trois années précédant le démarrage du projet et une veille pendant la durée du projet a été également effectuée.

Phase 2 : Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs individuels ou par focus-group a été réalisée en face à face par une sociologue auprès de différents acteurs de terrain, afin d'explorer les axes de questionnement et recueillir leurs perceptions et représentations du suicide.



1. CHIFFRES CLÉS

A. Hospitalisations liées à une tentative de suicide en Guadeloupe

Près de 100 séjours en lien avec une tentative de suicide enregistrés en Guadeloupe en moyenne par an sur la période 2018-2021.

Sur la période 2018-2021, 379 séjours hospitaliers pour tentative de suicide (TS) ont été enregistrés en Guadeloupe chez des personnes âgées de plus de 10 ans et résidant dans la région, soit en moyenne 95 hospitalisations par an. Ces hospitalisations concernaient 91 patients par an.

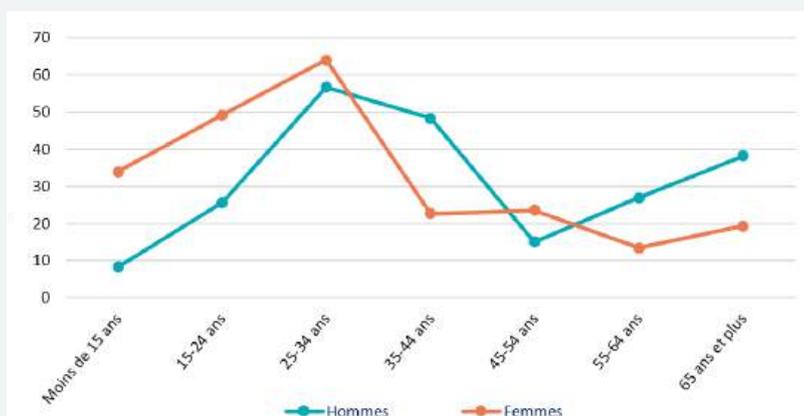
Chez les moins de 15 ans, les filles sont 4 fois plus souvent concernées que les garçons.

Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes (53 %) que les hommes (47 %). Cette répartition est différente selon les classes d'âge. Chez les moins de 15 ans, 81 % des jeunes hospitalisés sont des filles. À l'inverse, chez les patients plus âgés (55 ans et plus), les séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide sont plus fréquents chez les hommes.

Taux de recours à une hospitalisation pour tentative de suicide.

En Guadeloupe, rapporté à la population du territoire, le taux spécifique d'hospitalisation pour une TS est de 29 pour 100 000 habitants en 2021. Ce taux est plus important chez les femmes (30 pour 100 000 femmes) que chez les hommes (28 pour 100 000 hommes). Le taux spécifique de recours à l'hospitalisation pour une TS est plus important chez les jeunes adultes de 25-34 ans (60 pour 100 000 habitants) et les jeunes de 15-24 ans (37 pour 100 000). Chez les patients les plus âgés (65 ans et plus), le taux est de 27 pour 100 000. Ce taux est plus important chez les hommes (38 pour 100 000) que chez les femmes (19 pour 100 000) (Figure 1).

FIGURE 1. TAUX DE RECOURS À L'HOSPITALISATION POUR UNE TS SELON LA CLASSE D'ÂGE ET LE SEXE EN 2021



Sources : PMSI MCO, ATIH, INSEE - Exploitation ORSaG

Description des séjours selon les modes opératoires des tentatives de suicide

L'auto-intoxication médicamenteuse principal mode de tentative de suicide, aussi bien chez les femmes et les hommes.

Près de la moitié des TS enregistrées sur la période 2018-2021 concernent des actes d'auto-intoxications médicamenteuses (58 % des séjours féminins et 38 % des séjours masculins). Concernant les auto-intoxications non médicamenteuses, par d'autres produits (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques), elles sont notifiées dans 21 % des hospitalisations (26 % des séjours masculins et 17 % des séjours féminins) (Tableau 1).

Parmi les autres lésions auto-infligées, les TS par utilisation d'objet tranchant ou contondant représentent le principal mode opératoire (9 % des séjours masculins et 6 % des séjours féminins) (Tableau 1).



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

	Ensemble		Hommes		Femmes		Durée du séjour	
	n	%	n	%	n	%	Moyenne	Médiane
Auto-intoxication médicamenteuse	184	48,5	68	37,8	116	58,3	3,6	2,0
Auto-intoxication non médicamenteuse	79	20,8	46	25,6	33	16,6	8,3	3,0
Objet tranchant ou contondant	29	7,7	17	9,4	12	6,0	4,4	2,0
Pendaison, strangulation, suffocation	14	3,7	11	6,1	<5	1,5	5,7	2,5
Saut dans le vide	16	4,2	9	5,0	7	3,5	8,7	4,0
Lésion par fumées, gaz, flammes	7	1,8	<5	0,6	6	3,0	7,7	5,5
Noyade	<5	0,8	<5	1,1	<5	0,5	2,7	1,0
Collision intentionnelle	<5	0,5	0	0,0	<5	1,0	11,5	11,5
Autres moyens non précisés	45	11,9	26	14,4	19	9,5	7,9	3,0

Sources : PMSI MCO, ATIH, INSEE – Exploitation ORSaG

B. Mortalité par suicide

70 décès par suicide enregistrés sur la période 2015-2017, soit 23 par an.

Sur la période 2015-2017, 70 décès par suicide ont été répertoriés en Guadeloupe soit environ 23 en moyenne par année. Sur une période de 10 ans, on observe une fluctuation du nombre annuel de décès par suicide en Guadeloupe, passant de 33 décès en 2007 à 44 en 2010 puis 25 décès en 2017. Parmi l'ensemble des décès, toutes causes confondues, enregistrés en Guadeloupe, la part des décès par suicide a diminué au cours du temps, passant de 1,2 % des décès en 2007 à 0,8 % en 2017.

La mortalité par suicide touche 4 fois plus d'hommes que de femmes.

Quelle que soit la période, la part des hommes décédés par suicide reste supérieure à celle des femmes. Sur la période 2015-2017, on observe que la mortalité par suicide touche 4 fois plus d'hommes que de femmes. Ainsi, parmi les 70 décès par suicide, on enregistre 57 décès chez les hommes et 13 chez les femmes. Concernant l'âge des personnes, les décès concernent principalement les classes d'âge de 50-64 ans (38,6 %) et les 35-49 ans (24,3 %). Les plus de 65 ans représentent 21,5 % des décès par suicide. Ainsi 8 décès par suicide sur 10 ont lieu avant 65 ans.

Majoritairement, des suicides par pendaisons.

Concernant le mode opératoire, les suicides par pendaison sont majoritaires (74,3 %). Quel que soit le sexe, la pendaison reste le principal mode opératoire, respectivement 76,9 % chez les femmes (10/13) et 73,7 % chez les hommes (42/57). L'auto-intoxication non médicamenteuse est le second mode opératoire le plus souvent enregistré.

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

Le taux standardisé de mortalité annuel moyen, standardisé sur l'âge, tous sexes confondus, a diminué en Guadeloupe. Il passe de 9,7 pour 100 000 habitants en 2000-2002 à 6,0 pour 100 000 habitants sur la période 2015-2017. Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité moyen annuel passe de 16,3 pour 100 000 en 2000-2002 à 11,0 pour 100 000 hommes en 2015-2017. Chez les femmes, le taux de mortalité standardisé annuel passe de 3,9 pour 100 000 en 2000-2002 à 2,0 pour 100 000 femmes en 2015-2017.



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 GUADELOUPE ET EN FRANCE HEXAGONALE. DONNÉES 2000-2017



Sources : CepiDC - Inserm - Exploitation ORSaG

C. Passage aux urgences

En 2021, 98 475 passages aux urgences en Guadeloupe ont été enregistrés par le réseau Oscour®.

Parmi ces passages, 258 concernaient la prise en charge d'un patient à la suite d'un geste suicidaire, soit 0,26 % des passages aux urgences. Le nombre mensuel de passages aux urgences pour gestes suicidaires en 2021 a connu de nombreuses variations par rapport à 2020. On observe une augmentation de 67 % des passages aux urgences pour gestes suicidaires entre mars 2020 et mars 2021, puis une diminution en mai 2021 (-32 % par rapport à mai 2020). Les femmes étaient plus concernées que les hommes, quelle que soit la période. Les passages aux urgences pour gestes suicidaires étaient plus fréquents chez les jeunes de 10-19 ans quelle que soit la période (env. 20 %).

FIGURE 3. NOMBRE MENSUEL DE PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTES SUICIDAIRES – DONNÉES GUADELOUPE 2018-2021

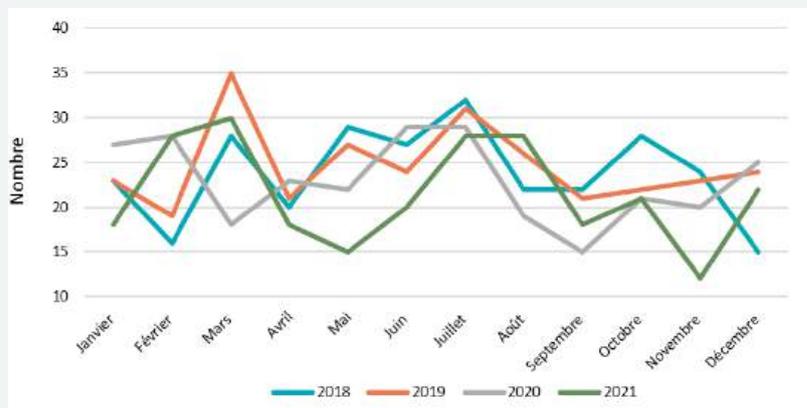


FIGURE 4. NOMBRE ANNUEL MOYEN DE PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTES SUICIDAIRES SELON LE SEXE ET LA CLASSE D'ÂGE DONNÉES GUADELOUPE 2018-2019 ET 2020-2021



Source : Données réseau OSCOUR®-Santé publique France - Exploitation ORSaG

2. LES ENTRETIENS

AXE 1 : Des dispositifs et moyens d'observation et de connaissances jugés incomplets pour décrire la situation réelle du suicide en Guadeloupe

La majorité des intervenants évoquent les congrès, les colloques entre pairs, les consultations de sites sur internet et les lectures scientifiques comme leurs principales sources d'informations sur la thématique du suicide. Les bases médico-administratives (PMSI, Sursaud, CépiDC) sont mentionnées comme des moyens d'observation et de connaissance.

Cependant, les professionnels évoquent une mauvaise qualité des informations recueillies et des biais de codage dans ces bases, entraînant une possible sous-déclaration. Selon plusieurs d'entre eux, les données ne refléteraient pas la réalité de la situation du suicide sur le territoire. Ils soulignent l'absence d'études épidémiologiques descriptives approfondies sur le sujet. Enfin, les professionnels regrettent que les données disponibles ne prennent pas en compte les données de la médecine de ville et celles enregistrées dans les fichiers des services de police.

Des dispositifs d'aide et d'écoute bien identifiés par les professionnels

Les professionnels interrogés connaissent les dispositifs d'aide, d'écoute et de prise en charge des personnes en souffrance psychique, comme la ligne d'écoute Amalgam Humanis, la maison des adolescents, les équipes de l'établissement public de santé mentale (EPSM), les Centres médico-psychologiques (CMP), les urgences psychiatriques du CHU, le dispositif CUMP (Cellule d'urgence médico-psychologique).

En revanche, le dispositif Vigilans, mis en place pour maintenir le contact avec une personne qui a fait une tentative de suicide, et le numéro national 3114 « Souffrance et prévention du suicide », accessible 24h/24, 7 jours sur 7, ne sont pas connus de l'ensemble des intervenants. Les professionnels de l'éducation nationale mentionnent que dans le cadre des statistiques sur les « *Faits d'établissement* », les données sur les situations de « mal-être » remontent jusqu'au ministère de l'Éducation nationale.

Les professionnels proposent que ce même dispositif soit utilisé pour recenser les tentatives de suicide chez les élèves.

Mieux communiquer sur les dispositifs

Selon les interviewés, il est important de mieux communiquer sur les dispositifs existants, notamment auprès de la médecine de ville et du grand public. Les interviewés proposent d'organiser des actions de prévention adaptées au territoire et de sensibiliser la population au repérage des personnes à risque de passage à l'acte suicidaire.

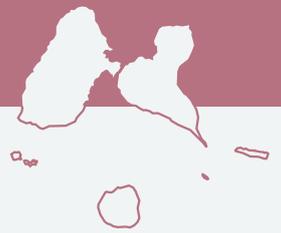
Certains professionnels préconisent d'aborder le sujet en télé, radio et sur les réseaux sociaux pour une information plus large. Toutefois, les professionnels mettent l'accent sur l'importance de bien communiquer sur la question du suicide. Une mauvaise communication pourrait être délétère. Ils mettent en garde contre une couverture médiatique du suicide, en Guadeloupe, qui ne serait pas toujours adaptée. « *Ici lorsque l'on parle du suicide, c'est plus dans le sensationnel que dans le préventif* » s'indigne un professionnel de la prévention.

Former les professionnels de terrain

La question de la formation des professionnels a été maintes fois évoquée. Les interviewés souhaitent que des modules de formations initiales et des formations professionnelles complémentaires sur la thématique du suicide soient proposées. Certains préconisent de former des « pairs référents » dans les écoles, les clubs sportifs.

Enfin, en raison d'un turn-over important, les professionnels soulignent l'importance d'organiser régulièrement des sessions de formation au premier secours en santé mentale.

Selon les professionnels, des formations spécifiques devraient également être dispensées aux journalistes.



AXE 2 : Facteurs de risque et de vulnérabilité au suicide

Le contexte socio-économique défavorable et les conflits familiaux -

Plusieurs interviewés sont très préoccupés par les répercussions de la situation socio-économique très défavorable en Guadeloupe « Avec l'augmentation de l'isolement social, la précarité, il va y avoir de plus en plus de passages à l'acte » s'inquiète un professionnel. Le soutien de la famille n'est plus suffisant pour amortir la désespérance. « La structure familiale a changé, précarité sociale, financière, détresse sociale, la famille ne peut plus contenir cette détresse » souligne un autre professionnel. Les séparations, les divorces sont aussi des situations à risque soulignées par les interviewés.

La souffrance au travail - Les professionnels de la médecine du travail évoquent une augmentation du nombre de salariés présentant des risques psycho-sociaux. Les secteurs qui ont connu des restructurations de personnel, des regroupements d'établissements, comme le secteur bancaire, ont fait face à des conditions de travail difficiles. Les salariés ont le sentiment de ne pas être considérés rapporte un médecin du travail « Des personnes ont perdu la place qu'elles avaient dans leur banque d'origine. Même si le salaire était maintenu, la position ne l'était pas ». Si le harcèlement psychologique au travail est rapporté par plusieurs professionnels, certains d'entre eux rapportent également une absence de solidarité entre collègues.

Les antécédents familiaux - Les familles qui ont déjà fait face à un suicide d'un de leurs proches sont plus à risque. « Comme s'il existait une fragilité héréditaire qui pousse les membres d'une fratrie à se suicider » souligne un professionnel de la prévention. « Les personnes prises en charge aux urgences relatent des cas de décès par suicide dans la famille » rapporte un autre professionnel. Bien qu'il n'existe aucun gène ou indicateur biologique capable à lui seul d'identifier une personne qui va se tuer², des prédispositions biologiques et génétiques peuvent jouer un rôle dans l'augmentation du risque de passage à l'acte.

Les équivalents suicidaires - Les intervenants ont été nombreux à s'interroger

sur le sens des « conduites à risque » dans la société Guadeloupéenne. « Il y a énormément d'accidents domestiques ou de circulation qui interrogent par le caractère curieux de l'accident, parce qu'on aura connaissance des antécédents dépressifs ou de passage à l'acte de l'individu » souligne un professionnel du soin. « Certaines alcoolisations massives qui entraînent le coma profond pourraient être des tentatives de passage à l'acte, certains accidents ne sont pas toujours anodins » rapporte un autre professionnel du soin. Le phénomène des équivalents suicidaires, désignant tout comportement qui met en jeu la vie d'un individu dont le désir de mort n'est pas exprimé, a été bien documenté³ et n'est pas spécifique à notre territoire. Bien que tous les comportements à risque ne soient pas des équivalents suicidaires, il est important de les dépister et d'en rechercher la signification.

L'impact de la pandémie Covid-19 et de la période de confinement -

Les professionnels des urgences rapportent une augmentation des pathologies mentales durant la pandémie de Covid-19. Une augmentation du nombre d'interventions pour des épisodes aigus et des comportements à haut risque. « La mise sous cloche de la population a entraîné beaucoup de réactivation des traumatismes. Les personnes âgées se sont souvent retrouvées seules et les jeunes ont été confrontés à une perte de repères sociaux et temporels qui semble se poursuivre bien au-delà de la période de confinement » indique un professionnel du soin.

Dans le huis clos familial, les enfants ont été victimes des actes de violence de la part des adultes et parfois, les enfants ont pu agresser d'autres enfants. Les voisins ont été les témoins silencieux de violences conjugales. « Les voisins étaient là en permanence et ne pouvaient pas dire qu'ils n'entendaient pas. Cela a fait naître une culpabilité chez eux » soulignent tristement un professionnel de la prévention. Les professionnels sont d'autant plus indignés que selon eux les conséquences de cette période de confinement et d'enfermement forcé à domicile ou en institution étaient prévisibles.

² Comprendre le suicide – Chapitre 7 – Brian L Mishara and all. Montréal 2004

³ Les équivalents suicidaires – OFDT – C. Vindreau and all. 1987



AXE 3 : Les facteurs culturels – Changer les mentalités sur la santé mentale en Guadeloupe

Le suicide encore tabou

Il est encore difficile d'aborder la question du suicide dans la population Guadeloupéenne. Le suicide d'un proche entraîne un sentiment mêlé de culpabilité de n'avoir rien vu venir et de honte au sein des familles. La famille va préférer dissimuler la conduite suicidaire d'un enfant. « À la maison on leur demande de se taire, il ne faut rien dire à personne » souligne un professionnel de l'Éducation nationale. « Chez nous, il y a un caractère un peu pudique des échanges et il faut presque tirer les vers du nez des personnes concernées » ajoute un professionnel du soin. Le tabou pourrait venir du fait que nous sommes sur un petit territoire où il est difficile d'observer la confidentialité de certaines informations soulignent plusieurs interviewés.

La stigmatisation de la santé mentale

Selon les interviewés, les Guadeloupéens font face à des souffrances psychologiques qui restent non verbalisées. « Les gens vivent des drames et ils tiennent sur leurs pieds, vont à l'école..., des traumatismes que personne ne prend en charge, parce qu'ils n'en parlent pas » rapporte un psychologue. La cause serait, selon les professionnels, le regard que pose la société Guadeloupéenne sur la santé mentale, l'image du « psy » étant associée à la folie, d'où l'importance de dédramatiser le mal-être. Par ailleurs, l'offre de santé mentale, quand elle est accessible, serait pour certains professionnels stigmatisante. Des propositions pour accueillir les patients dans des espaces qui ne préjugent ni de leur pathologie, ni de leurs troubles sont mentionnées par un professionnel du soin.

Le magico-religieux

Concernant l'implication du magico-religieux dans la prise en charge de la personne suicidante, les avis des intervenants sont partagés. Pour plusieurs d'entre eux, certaines familles vont se tourner vers les « *gadè zafè* » parce qu'elles sont convaincues que le proche est possédé, victime d'un mauvais sort. « C'est une malédiction qu'ils portent par rapport à une action familiale, un mal qu'on leur a fait ou quelqu'un a fait quelque chose

qui se reporte sur sa descendance » indique un professionnel du soin. D'autres professionnels indiquent que les pratiques magico-religieuses en lien avec les conduites suicidaires sont plus ou moins rares. Les personnes ont majoritairement recours aux professionnels de la psychologie ou à leur généraliste. « Avec la modernité, les « *gadè zafè* » ne savent pas traiter le suicide, la souffrance, la désespérance » indique un professionnel du soin.

Une forme de résilience

En Guadeloupe, la population rencontre de nombreuses contraintes (vie chère, sols pollués par le chlordécone, absence d'eau dans les robinets, invasion des algues sargasses, mouvements de grève fréquents, catastrophes naturelles...). Ces contraintes s'enchaînent continuellement et créent un sentiment de ras le bol, de lassitude, de déprime. « Moi, je dis qu'il faut être fort pour vivre en Guadeloupe, parce qu'on est dans une espèce d'insécurité permanente » souligne un professionnel du social. Pourtant, la population résiste. « Il y a une distorsion paradoxale entre la prévalence de la santé mentale en Guadeloupe et le taux de suicide » rapporte un professionnel du soin. L'explication pourrait se trouver dans notre histoire poursuit l'interviewé.

« Nous sommes issus d'un peuple qui a peut-être eu à construire une résilience quant à l'installation des populations sur nos territoires (traite négrière). Ceux qui ont résisté ou se sont implantés ont peut-être mis en place une sorte de résistance. Les gens parlent moins de leur problème de dépression qu'ailleurs, même des personnes confrontées à un quotidien difficile. Cela veut dire que le seuil de passage à l'acte est plus élevé chez nous ».



AXE 4 : Environnement sanitaire – Renforcer l’offre de soins en santé mentale pour répondre aux besoins de la population Guadeloupéenne.

Un manque important de moyens humains en santé mentale

Le manque de professionnels en santé mentale est souligné par l'ensemble des interviewés « *Le réseau de professionnels de la santé mentale est sous-dimensionné par rapport à la réalité socio-démographique* » s'inquiète un professionnel du soin. Les acteurs pointent notamment un manque de pédopsychiatres et de géronto-psychiatres. Le manque d'équipes mobiles de professionnels de la psychiatrie et de la psychologie pour prendre en charge les personnes vulnérables, en situation de précarité, ainsi que le manque de places dans les CMP sont également rapportés par les professionnels notamment par ceux de l'éducation nationale qui regrettent la période où les échanges avec les équipes des CMP étaient plus fréquents. « *On rencontrait les équipes du CMP pour discuter une fois par trimestre. Les CMP sont actuellement débordés, il y a peu de médecins* ».

Des acteurs plus souvent dans une prévention secondaire et tertiaire du suicide

Les professionnels interrogés sont amenés à intervenir principalement auprès des personnes, jeunes ou adultes, présentant un mal-être, une souffrance psychologique, ayant des idées suicidaires ou ayant fait un passage à l'acte. Certains interviewés interviennent dans la prise en charge après l'acte suicidaire ou dans l'évitement de la récurrence. Ils sont nombreux à regretter l'absence de prévention primaire en Guadeloupe, de campagnes d'informations grand public ou ciblées sur les populations fragiles déjà identifiées par eux. Les professionnels de l'Éducation nationale et de la prévention soulignent que des actions de sensibilisation dans les écoles ont déjà été menées mais elles ne sont malheureusement pas reconduites de manière régulière.

Une absence de collaboration entre les différents acteurs

Si les structures intervenant dans la prise en charge du suicide ou d'un risque de suicide sont bien identifiées par les professionnels, ces derniers regrettent l'absence d'un réseau d'acteurs autour de la prévention du suicide sur le territoire. Il manque une fédération des acteurs pour décloisonner les structures et créer du lien entre les spécialistes. La fluidité des informations entre les professionnels spécialisés en santé mentale, les urgentistes, les paramédicaux, les professionnels de la prévention et de l'écoute et les médecins généralistes permettrait de gagner en efficacité dans la prise en charge des personnes, de partager les connaissances, les expériences et les outils. Par ailleurs, plusieurs interviewés réclament un annuaire regroupant l'ensemble des professionnels travaillant sur la question du suicide et plus généralement sur la santé mentale en Guadeloupe.

Les professionnels pointent du doigt l'absence d'organisation dans la prise en charge suicidaire en Guadeloupe et le manque d'une véritable politique de la prévention du suicide. « *Les actions sont éparpillées et ne s'inscrivent pas dans la durée* » précise un professionnel du soin.

Les interviewés souhaiteraient avoir un référent dédié sur la thématique du suicide, afin de mieux informer et orienter le grand-public et les professionnels de santé. « *On appelle les mêmes structures qui s'occupent de la dépression, de la psychose* » déplore un interviewé.





Zoom sur les populations vulnérables

Les jeunes - Des violences psychologiques au sein de la famille Guadeloupéenne sont rapportées par les professionnels. Des humiliations, des actes ou des paroles de dénigrement sont proférés dans le cercle familial. Les professionnels mentionnent également un lien entre tentative de suicide et rupture sentimentale ou encore lorsque l'orientation sexuelle (homosexualité, transidentité) n'est pas acceptée dans l'entourage. Des cas de tentatives de suicide chez des jeunes adolescentes enceintes précocement et qui n'arrivent pas à aborder cette situation avec leur mère, notamment dans les familles croyantes pratiquantes, sont également rapportés par les professionnels de la prévention. Les agressions sexuelles, l'inceste sont évoqués comme des situations à risque « *C'est la seule façon pour eux de dévoiler, de faire arrêter les actes* » précise un professionnel de l'Éducation nationale.

Le harcèlement scolaire - Les jeunes sont parfois victimes de harcèlement physique ou psychologique au sein de leur établissement scolaire. Par ailleurs, les professionnels mentionnent des remarques désagréables, des paroles blessantes proférées parfois involontairement par l'équipe éducative.

Les personnes âgées et le phénomène de glissement - Cette population n'a pas été mentionnée par l'ensemble des professionnels comme étant une population à risque de passage à l'acte alors même que c'est dans cette population que le nombre de suicides aboutis est le plus important. Il semble difficile de parler

de tentative de suicide lorsque la personne âgée isolée se laisse déprimer, décide de ne plus se battre pour vivre. Face aux défis posés par le vieillissement de la population Guadeloupéenne, il semble indispensable d'augmenter le nombre de gérotopsychiatre sur le territoire. « *Il y a un seul gérotopsychiatre en Guadeloupe, qui exerce dans le secteur libéral mais ce n'est pas suffisant* » souligne un professionnel du soin.

Les personnes souffrant de troubles mentaux - Le sentiment de mal-être, la dépression sont évoqués comme des situations à risque de passage à l'acte. Les professionnels sont nombreux à s'inquiéter de ces troubles psychologiques de plus en plus fréquents. « *On est triste dans ce pays-là* » s'indigne un professionnel de la prévention. La santé mentale doit être une priorité indique un professionnel de prévention, « *La population ne peut plus se contenter d'accepter les difficultés psychologiques que traversent ces membres mais les prendre en charge, tenter de les prévenir* ».

Les personnes détenues - La revue de presse réalisée sur la période 2018-2021 avait permis de relever plusieurs cas de suicide par pendaison, en prison. La problématique de l'enfermement, de la promiscuité, le remord ou la culpabilité peuvent entraîner le détenu à tenter de mettre fin à ses jours. « *Il y a le choc de l'incarcération, dans les 15 jours après la mise en détention* » précise un professionnel du soin. Les professionnels mentionnent également des tentatives de suicide chez les gardiens de prison.



Synthèse

Cette étude sur les conduites suicidaires et le suicide montre qu'en Guadeloupe, le taux d'hospitalisation pour une tentative de suicide concerne plus souvent les jeunes adultes (25-34 ans) et que la mortalité par suicide touche davantage les personnes plus âgées (50-64 ans) et plus souvent les hommes que les femmes. L'étude met en évidence un mal-être dans certains groupes de population et une difficulté pour les professionnels de terrain à proposer une prise en charge en santé mentale à la hauteur des besoins des Guadeloupéens. En effet, les professionnels interrogés soulignent le manque de moyen humain, de dispositifs adaptés pour accueillir, repérer ou prendre en charge les personnes en souffrance psychique, ainsi que l'absence d'organisation de la psychiatrie sur le territoire. Les commentaires et propositions formulés par les professionnels pourront contribuer à orienter les politiques de santé mentale et d'action sociale en Guadeloupe.

RÉFÉRENCES SUR LA THÉMATIQUE DU SUICIDE

Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSaG). **Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin 2^{ème} édition** [en ligne]. ORSaG, 2018. Disponible sur : <https://www.orsag.fr/> (consulté le 23/08/2021)

Santé publique France. **Analyse des regroupements syndromiques de Santé mentale - Passages aux urgences du réseau Oscour[®] et actes médicaux SOS Médecins** [en ligne]. Le Point épidémiologique, Aout 2021. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/368478/document_file/bulletin_sante%20mentale_170821.pdf?version=1 (consulté le 24/08/2021)

Robert M, Paget L-M, Léon C, Sitbon A, Du Roscoät E, Chan Chee C. **Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale**. 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 24/08/2021)

Observatoire National du suicide (ONS). **Suicide : Connaître pour prévenir - dimensions nationales, locales et associatives - 2^{ème} rapport : données locales Guadeloupe** [en ligne]. Février 2016. 479 p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales> (consulté le 24/08/2021)

Slama F, Merle S, Ursulet G, Charles-Nicolas A, Ballon N. **Prévalence et facteurs de risque des tentatives de suicide au cours de la vie chez les Caribéens aux Antilles françaises**. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178111005798?via%3Dihub>

Carrasco V, Guignon N. **La santé mentale des adolescents de 3^{ème} en 2017. Apport d'un auto-questionnaire dans l'enquête nationale de santé scolaire**. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les dossiers de la DREES n° 65. Septembre 2020. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/la-sante-mentale-des-adolescents-de-3e-en-2017-apport-dun> (consulté le 24/08/2021)

Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSaG). **Santé mentale en population générale en Guadeloupe : Images et réalités 2014**. ORSaG, Mars 2017. Disponible sur : <https://orsag.fr/sante-mentale-2017/> (consulté le 20/08/2021)

Gleyroux S. **Tentatives de suicide : à propos de 291 cas, CHU de Pointe-à-Pitre**. 1996.

Germain G. **Expérience de la tentative de suicide chez l'adolescent, dans un service de pédiatrie de l'île de la Guadeloupe**. 1998.

Audoux L, Claude Mallemanche C. **Dans les DOM, une insatisfaction plus fréquente vis-à-vis des conditions matérielles amoindrit la satisfaction dans la vie** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). INSEE Focus n°220. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4995323> (consulté le 20/08/2021)

Eynaud, M. **Histoire des représentations de la santé mentale aux Antilles. La migration des thérapeutes** [en ligne]. L'information psychiatrique, vol. 91, n°1, 2015, p. 66-74. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-1-page-66.htm> (consulté le 24/08/2021)

Benoist J. **La recherche épidémiologique en santé mentale aux Antilles : vers une mise en perspective anthropologique**. L'information psychiatrique, vol. 79, n°10, 2003. p. 879-885

Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSaG). **La psychiatrie hospitalière en Guadeloupe. Dossier thématique** [en ligne]. ORSaG, 2008. Disponible sur : <https://www.orsag.fr/> (consulté le 20/08/2021)

Association Amalgame Humanis. **Prévention Suicide en Guadeloupe. La Ligne d'écoute anti-suicide en Guadeloupe** [en ligne]. Disponible sur : <https://amalgamehumanis.org/prevention-suicide> (consulté le 23/08/2021)

Racon P. **Phénomènes suicidaires chez l'adolescent guadeloupéen : approche clinique et psychopathologique de la tentative de suicide : prévention et prise en charge**. 2010.

Jean-Baptiste C. **Le risque suicidaire en Guadeloupe : Quelle réalité en population générale ? Quelles stratégies de prévention ?** [en ligne]. 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01543501v1> (consulté le 23/08/2021)

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des professionnels pour leur participation aux entretiens individuels ou aux *focus groups*. Nous avons apprécié votre disponibilité, votre motivation, votre implication dans ce projet d'étude.

Nous tenons à remercier également Mme Vanessa LAURENT (Fnors) pour la réalisation de cette maquette.



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 Guadeloupe

Enceinte du GIP RASPEG
Imm. le Squale
Rue René Rabat
Houelbourg Sud II
97122, Baie-Mahault

www.orsag.fr / info@orsag.fr

Observatoire National du Suicide

[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

REGARDS CROISÉS SUR LE SUICIDE ET LES CONDUITES SUICIDAIRES



Le suicide en GUYANE

Yélian AHOGBEHOSOU¹, 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 Fnors 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

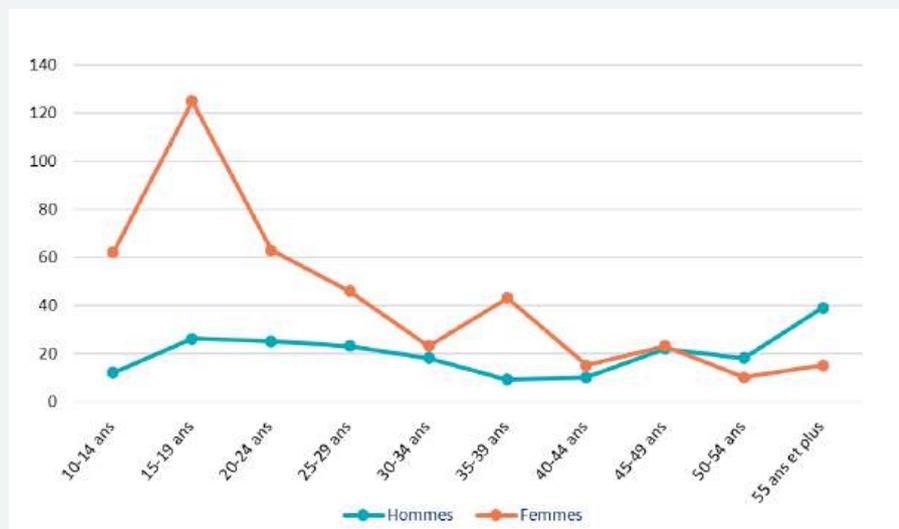
Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes (67,8 %) que chez les hommes (32,2 %). Cette répartition est différente selon les classes d'âge. Chez les moins de 15 ans, 83,8 % des jeunes hospitalisés sont des filles. À l'inverse, chez les patients de 50 ans et plus, les séjours hospitaliers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

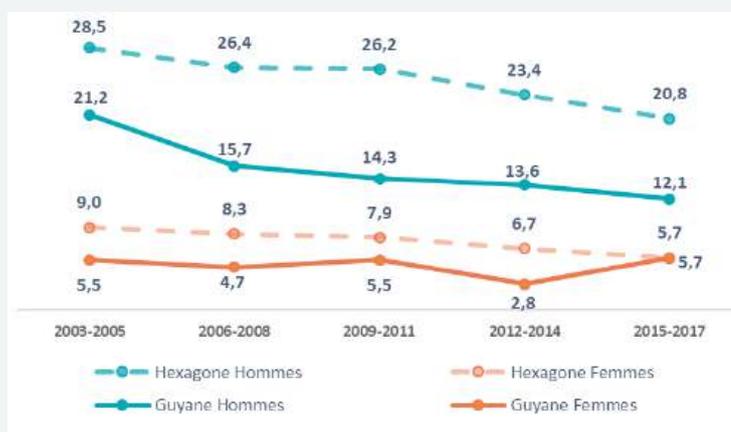
Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité moyen annuel passe de 21,2/100 000 hommes en 2003-2005 à 12,1/100 000 hommes en 2015-2017. Chez les femmes, le taux de mortalité standardisé annuel n'a pas changé sur ces deux périodes : 5,5/100 000 femmes en 2003-2005 et 5,7/100 000 femmes en 2015-2017.



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



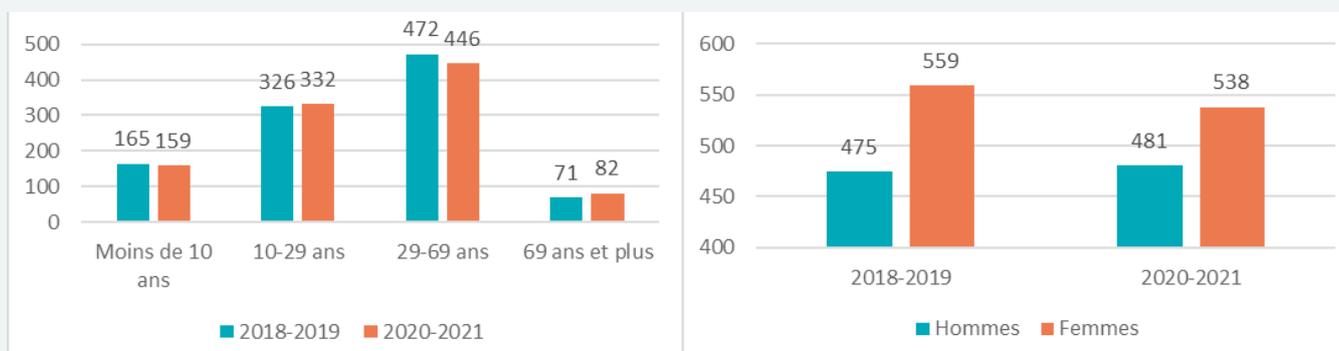
Source : Inserm-CepiDC - Exploitation ORS Guyane-CRISMS

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'internet, **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 Roscoât 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)

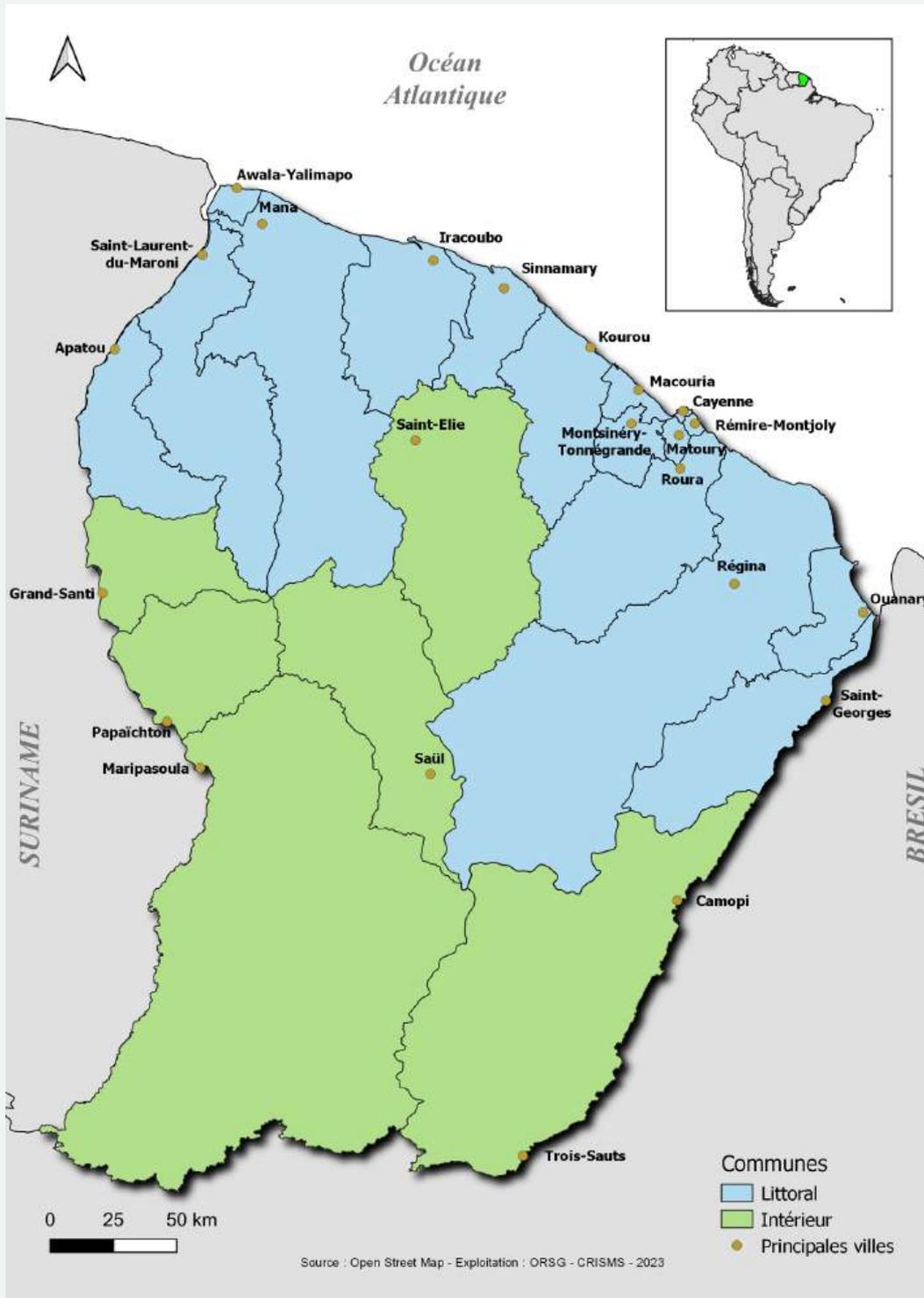
Jehel L, Howard N, Pradem M, Simchowitz Y, Robert Y, Messiah A. **Prendre en compte la dimension transculturelle dans l'évaluation du risque suicidaire et du psychotraumatisme** [en ligne]. European Psychiatry. Cambridge University Press; 2015;30(S2):S79–S79. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.357>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

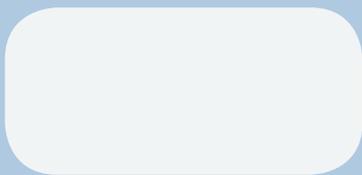


**ANNEXE
TYPOLOGIE DU TERRITOIRE GUYANAIS**

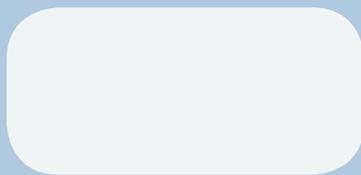


REMERCIEMENTS

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

REGARDS CROISÉS SUR LE SUICIDE ET LES CONDUITES SUICIDAIRES



Le suicide en MARTINIQUE

Natacha NELLER¹, Sylvie MERLE¹, Myriam THIROT²

¹ Observatoire Régional de la Santé de la Martinique, ² Sociologue, KaFé

SOMMAIRE /

Objectifs	2
Méthode	2
Chiffres clés	3
Les entretiens	6
Zoom	10
Références	11

contexte

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et les observatoires régionaux de la santé (ORS) des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) que sont la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion, ont proposé la réalisation d'un diagnostic interrégional pluri-thématique pour identifier les particularités des conduites suicidaires dans ces territoires. Les DROM sont caractérisés par des particularités géographiques, culturelles, socio-économiques, sanitaires et historiques, qui se traduisent par une grande hétérogénéité entre chaque territoire. Les

observations sur les conduites suicidaires dans les DROM diffèrent de celles observées dans l'Hexagone, ce qui soulève plusieurs interrogations. Contrairement à la France hexagonale, la mortalité par suicide et les tentatives de suicide semblent moins fréquentes dans les DROM.

Ces résultats soulèvent plusieurs questions, notamment sur la sous-déclaration du suicide et des tentatives de suicide (TS), ainsi que sur le poids des représentations culturelles. Pour mieux comprendre et interpréter ces résultats, un état des lieux interrégional sur les conduites suicidaires est nécessaire. Cette fiche présente une synthèse des données quantitatives recensées (nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide, passages aux urgences et décès par suicide), ainsi qu'une revue bibliographique et de presse sur les études spécifiques des conduites suicidaires à La Réunion. Pour mieux interpréter les données quantitatives, plusieurs entretiens semi-directifs et deux groupes de discussion ont été réalisés avec des professionnels de terrain tels que des sociologues, psychiatres, psychologues, médecins, personnels des services de prévention, de l'éducation nationale et d'associations intervenant auprès des personnes concernées et de leurs familles. Cette fiche présente également les principaux éléments de cette approche qualitative de la thématique.



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 dans le rapport final de l'étude.

Déroulement des entretiens : Pour la Martinique, 7 entretiens et 1 *focus group* ont pu être réalisés par le personnel d'études de l'OSM et une sociologue et une anthropologue.



1. CHIFFRES CLÉS

A. Hospitalisations liées à une tentative de suicide en Martinique

Près de 280 séjours en lien avec une tentative de suicide enregistrés en Martinique en moyenne par an sur la période 2018-2021

Sur la période 2018-2021, 1 116 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en Martinique chez des personnes âgées de 10 ans et plus et résidant dans la région, soit en moyenne 279 hospitalisations par an.

Chez les moins de 15 ans, les filles sont 3 fois plus souvent concernées que les garçons

Les tentatives de suicide sont, en moyenne annuelle, plus fréquentes chez les hommes (59 %) que chez les femmes (41 %) au cours de la période 2018-2021. Cette répartition est différente selon les classes d'âge. Chez les moins de 15 ans, 75 % des jeunes hospitalisés sont des filles. À l'inverse, chez les patients plus âgés (55 ans et plus), les séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide sont plus fréquents chez les hommes.

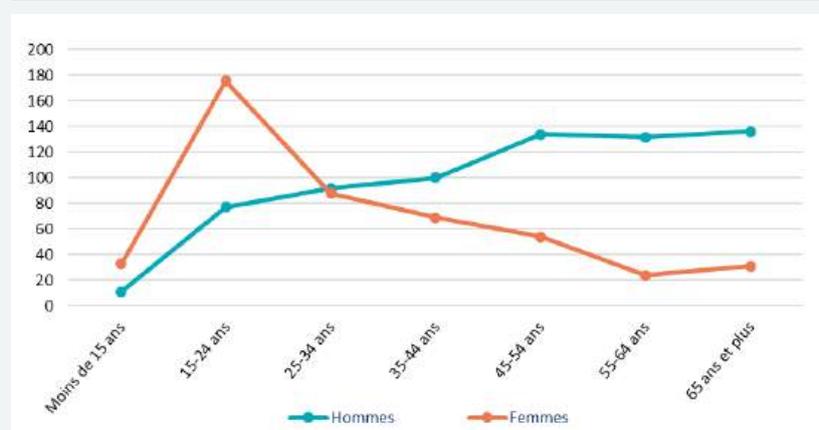
Taux de recours à une hospitalisation pour tentative de suicide plus important chez les jeunes adultes

En Martinique, rapporté à la population du territoire, le taux spécifique d'hospitalisation annuel pour une TS est de 77 pour 100 000 habitants en au cours de la période 2018-2021. Ce taux est plus important chez les hommes (98 pour 100 000 hommes) que chez les femmes (58 pour 100 000 femmes).

Le taux spécifique de recours à l'hospitalisation pour une TS est plus important chez les jeunes de 15-24 ans (125 pour 100 000 habitants) et les jeunes adultes de 25-34 ans (89 pour 100 000 habitants).

Chez les individus les plus âgés (65 ans et plus), le taux est de 76 pour 100 000 et est quatre fois plus élevé chez les hommes (136 pour 100 000) que chez les femmes (31 pour 100 000). (Figure 1).

FIGURE 1. TAUX ANNUEL DE RECOURS À L'HOSPITALISATION POUR UNE TS SELON LA CLASSE D'ÂGE ET LE SEXE AU COURS DE LA PÉRIODE 2018-2021 EN MARTINIQUE



Source : Source : PMSI MCO, ATIH, INSEE – Exploitation ORSaG – OSM

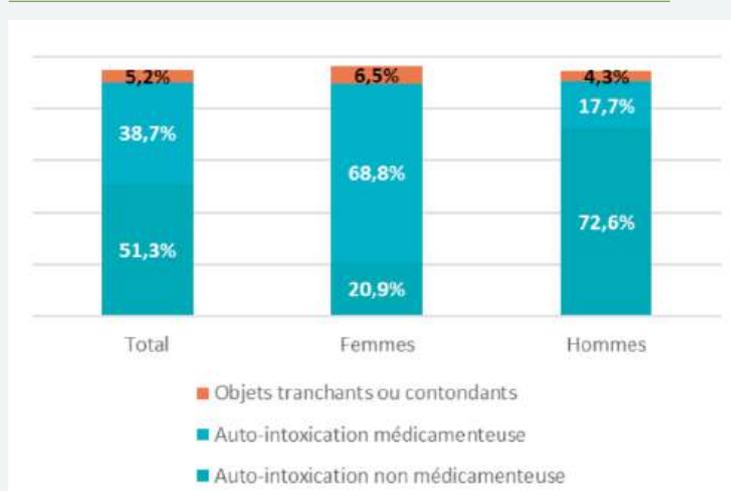


L'auto-intoxication non médicamenteuse, principal mode opératoire chez les personnes hospitalisées pour tentative de suicide en Martinique, mais avec des différences selon le sexe et l'âge

Globalement plus de la moitié des TS enregistrées en Martinique sur la période 2018-2021 (51 %) concerne des actes d'auto-intoxications non médicamenteuses (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques) mais avec des différences selon le sexe. Chez les hommes ce mode opératoire prédomine très largement (73 % des séjours masculins) alors que chez les femmes, ce sont les auto-intoxications médicamenteuses qui représentent le mode opératoire de plus des deux tiers des hospitalisations (69 % des séjours féminins).

Les modes de passages à l'acte diffèrent aussi selon l'âge. Ainsi les plus jeunes sont majoritairement concernés par les auto-intoxications médicamenteuses alors que pour les 45 ans et plus, il s'agit des auto-intoxications non médicamenteuses.

FIGURE 2. PART DES HOSPITALISATIONS SELON LES TROIS PRINCIPAUX MODES OPÉRATOIRES DE TS AU COURS LA PÉRIODE 2018-2021 EN MARTINIQUE



Source : PMSI MCO, ATIH, INSEE - Exploitation ORSaG-OSM

TABLEAU 1. RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS POUR TS SELON LE MODE OPÉRATOIRE (MOYENNE ANNUELLE 2018-2021)

Mode opératoire	Ensemble		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Auto-intoxication médicamenteuse	108	38,7	29	17,7	79	68,8
Auto-intoxication non médicamenteuse	143	51,3	119	72,6	24	20,9
Phlébotomie	15	5,2	7	4,3	8	6,5
Pendaison, strangulation, suffocation	6	2,1	5	2,9	<5	0,9
Saut dans le vide	5	1,7	<5	1,7	<5	1,7
Lésion par fumée, gaz, flammes	<5	0,1	0	0,0	<5	0,2
Armes à feu	<5	0,2	<5	0,3	0	0,0
Noyade	<5	0,4	<5	0,3	<5	0,4
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autres moyens non précisés	<5	0,4	<5	0,3	<5	0,4

Source : PMSI MCO, ATIH, INSEE - Exploitation ORSaG-OSM

B. Mortalité par suicide en Martinique

72 décès par suicide enregistrés sur la période 2015-2017, soit 24 par an

Sur la période 2015-2017, 72 décès par suicide ont été répertoriés en Martinique, soit 24 en moyenne par année. Sur une période de 10 ans, bien que fluctuant, on observe une tendance à la baisse du nombre annuel de décès par suicide en Martinique, passant de 48 décès en 2008 à 26 décès en 2017.



La mortalité par suicide touche 5 fois plus d'hommes que de femmes

Quelle que soit la période, la part des hommes décédés par suicide reste supérieure à celle des femmes. Sur la période 2015-2017, on observe que la mortalité par suicide touche 5 fois plus d'hommes que de femmes. Ainsi, parmi les 72 décès par suicide, on dénombre 60 décès chez les hommes et 12 chez les femmes.

Relativement à l'âge, les décès par suicide concernent principalement les personnes de 25-54 ans (56,9 %) et de 55-64 ans (19,4 %).

La classe d'âge des 65 ans et plus représente 16,7 % des personnes décédées. Ainsi 8 décès par suicide sur 10 ont lieu avant 65 ans.

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

Le taux de mortalité moyen annuel, standardisé sur l'âge, tous sexes confondus, a diminué en Martinique. Il est passé de 10,1 pour 100 000 habitants en 2000-2002 à 6,6 pour 100 000 hab. sur la période 2015-2017. Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité moyen annuel est passé de 18,4 pour 100 000 en 2000-2002 à 11,6 pour 100 000 hommes en 2015-2017. Chez les femmes, la baisse est moins marquée, avec un taux de mortalité standardisé annuel qui est passé de 2,8 pour 100 000 en 2000-2002 à 2,0 pour 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, est passé de 18,3 à 13,1 pour 100 000 hab. entre respectivement les périodes 2000-2002 et 2015-2017. De plus, le taux est passé de 29,4 à 21,9 pour 100 000 chez les hommes et de 9,3 à 5,9 pour 100 000 chez les femmes entre les deux périodes (Figure 3).

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



Source : CepiDC - Inserm / Taux moyen annuel de mortalité, standardisé par âge pour 100 000 hab. (moyenne annuelle sur 3 ans) - Exploitation OSM

C. Passage aux urgences

Alors que les autres DROM bénéficient du dispositif OSCOUR®, la Martinique ne dispose pas des données relatives aux passages aux urgences. Un logiciel a été mis en place aux urgences du CHU de Martinique mais de façon encore trop récente pour que les données puissent être analysées.

2. LES ENTRETIENS

AXE 1 : Dispositifs d'observation et de connaissances : des dispositifs d'observation insuffisants

A. Les sources de données

La mise à jour des connaissances est professionnel-dépendante. Les professionnels rencontrés évoquent la formation initiale et continue, les sites recensant des données (tels que ceux de l'Inserm, la Drees, etc.), les conférences régionales à l'occasion de la journée mondiale de prévention du suicide et les revues scientifiques (recherche bibliographique personnelle ou via le représentant local du Groupement d'études et de prévention du suicide - GEPS, association loi 1901 qui a pour vocation de regrouper des professionnels et des intervenants concernés par les problèmes du suicide). Une majorité d'entre eux souligne, toutefois, le manque de données propres au territoire permettant d'objectiver le ressenti des constats des acteurs de terrain.

B. La sous-déclaration

La sous-déclaration ne semble pas propre à la Martinique selon certains acteurs. Le biais de codage par le médecin constatant le décès serait le même qu'au niveau national. Le phénomène du suicide serait sous-évalué au point que certains professionnels indiquent qu'il serait historiquement très peu fréquent voire inexistant

au vu des retours de certains acteurs majeurs en Martinique. Ce constat semble en opposition avec le ressenti des professionnels de terrain, notamment chez les jeunes pour lesquels aucun signal d'alerte n'émane du Rectorat alors qu'un sentiment de mal-être généralisé est ressenti et qu'un adressage « régulier » d'élèves des établissements scolaires vers les centres médico-psychologiques (CMP) est fait. De même ceux qui prennent en charge les personnes souffrant de mal-être constatent que ces patients leur rapportent une fréquence élevée des suicides dans leurs familles.

Les professionnels ont également évoqué les idées reçues et les difficultés pouvant favoriser cette sous-déclaration et la minimisation du phénomène ; telles que les démarches administratives et indemnisations pouvant être impactées par la déclaration du suicide ou encore le poids de la honte vis-à-vis de la religion ou de la société.

AXE 2 : Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants : un contexte épidémiologique multifactoriel défavorables

A. Une région confrontée à un contexte social difficile

La Martinique est une région dont le contexte socioéconomique est contrasté, avec un nombre élevé de personnes vivant seules et de familles monoparentales ainsi qu'un taux de chômage assez haut (surtout chez les jeunes et les personnes non diplômées) et un taux de précarité deux fois plus élevé qu'au niveau national.

Les acteurs ont évoqué le poids important de la « misère sociale » et le manque de ressources médicales de proximité (difficultés de transports ou listes d'attente importantes) et de prise en charge sociale notamment en dehors des heures ouvrables.



B. Des souffrances psychologiques de plus en plus présentes

Les jeunes sont particulièrement concernés par le mal-être et les conduites à risques. Dans la plupart des situations de jeunes en souffrance psychique, les professionnels rapportent l'isolement social des familles et un huis clos familial qui pèse lourd pour certains jeunes. Certains professionnels notent un âge de plus en plus jeune des situations de mal-être et un mélange de comportements à risque créant un cercle vicieux de mal-être et de perte d'estime de soi. La pression scolaire (résultats, harcèlement), les carences et/ou situations traumatisantes familiales, les discriminations et l'incompréhension de l'entourage sous-estimant le mal-être sont des facteurs majeurs pour cette population.

La recherche de soutien des jeunes en difficulté auprès de leurs pairs est également une situation à risque pouvant impacter les jeunes qui fournissent ce soutien.

Par ailleurs, certains professionnels évoquent la facilité d'accès à des moyens létaux pour les jeunes (corde, verre, médicaments d'un parent) ou l'usage nocif du multimédia et des réseaux à la recherche de « manuels comment se suicider ».

C. Des situations sociales à risque

Certains professionnels s'interrogent sur le lien et la chronologie entre troubles mentaux et consommation de substances psychoactives. Les avis peuvent être différents selon le profil des personnes qui interviennent auprès des jeunes. Ainsi dans une même structure une intervenante se demande si le cannabis n'a pas un rôle d'antidépresseur et permet ainsi de réduire le mal-être et les risques de passage à l'acte. À l'opposé, la psychologue pense que la prise de produits peut entraîner des bouffées délirantes et des passages à l'acte.

De même, l'expérience de faits traumatisants, antécédents familiaux et/ou individuels (violences physiques ou sexuelles), sont des situations sensibles qui nécessiteraient un accompagnement. Les spécialistes soulignent qu'il s'agit surtout de la répétition des événements de vie adverses qui peut conduire à développer une plus grande

fragilité et des conduites à risque. « *Quand on est sur les événements de vie adverses, sur des violences, sur des événements traumatiques, sur les conséquences psychopathologiques, psychologiques de ces événements, on développe des stratégies d'adaptation, qui sont des stratégies d'adaptation sur un mode de survie, c'est-à-dire des stratégies dans lesquelles la confiance n'existe pas, et donc vous imaginez comment c'est épuisant quand vous ne pouvez faire confiance à personne* » [psychiatre].

D. L'impact de la pandémie de COVID 19

En 2020-2021, le climat anxigène lié à la pandémie a impacté la population de Martinique (peur de la maladie, conflits face aux vaccins, tensions sociales, etc.). De même, les confinements ont exacerbé les situations de violences intrafamiliales. L'isolement social a aussi touché les jeunes. Certains acteurs ont évoqué leur vulnérabilité face à l'isolement, le burn-out des scolaires résultant de la pandémie, l'usage négatif du multimédia (les réseaux sociaux et la « société du paraître » les renvoyant à leur mal-être ou le harcèlement).

La vulnérabilité des personnes âgées et leur passage à l'acte notable au cours de la pandémie a été évoquée lors d'un entretien. Malheureusement aucun professionnel spécialisé dans la prise en charge de cette population n'a accepté de participer à cette étude pour approfondir ce constat.

AXE 3 : Représentations et facteurs culturels : des schémas à déconstruire

A. Un déni sociétal mêlé au poids de la culture antillaise

Les professionnels interrogés ont évoqué la « pudeur de la société antillaise » qui impacte les personnes victimes de violences physiques ou sexuelles et qui taisent leur mal-être. Ils évoquent également le poids de la honte pour les personnes suicidaires, de la peur du jugement pour l'entourage et du déni (acte inconscient plutôt que tabou qui sous-entendrait un acte conscient) sociétal vis-à-vis du phénomène. La petitesse de l'île et l'interconnaissance font que l'on ne souhaite pas que certaines informations sur l'intimité de la famille soient divulguées d'une façon ou d'une autre ou encore que la famille soit identifiée comme « famille où il y a une pathologie » puisqu'un de ses membres est décédé par suicide.

B. Le magico-religieux, partie prenante dans le parcours des individus

Très souvent le mal-être d'un membre de la famille est relié à « une intervention extérieure », ce qui permet d'éviter de se questionner sur les événements de vie réelle vécus par la personne en souffrance et qui ne remet pas en cause le fonctionnement de la famille.

Plusieurs professionnels évoquent avoir vécu des situations de prise en charge impactées par le magico-religieux. Les conduites suicidaires seraient une réponse à un acte malveillant envers l'individu, soit directement, soit par ricochet sur un enfant, notamment chez les populations immigrées. Pour d'autres, elles seraient la conséquence de l'éloignement de l'individu du dogme religieux de certaines religions.

Pour soigner ce mal-être, le recours aux soins diffère selon les individus et on ne peut pas identifier de « chronologie » fixe. Certains commencent par les remèdes traditionnels puis se tournent vers d'autres alternatives en cas d'échec alors que pour d'autres personnes, le magico-religieux est une alternative lorsqu'elles ont épuisé les ressources sanitaires et académiques. Elles se tournent alors vers le « quimboiseur » ou la religion, laissant « Dieu faire ».

C. L'héritage colonial et post colonial

Certains professionnels ont évoqué la couleur de peau comme facteur amplificateur du mal-être pour certains jeunes, la peau noire (particulièrement foncée) faisant l'objet de moquerie, railleries, insultes et harcèlement chez certains jeunes.

D'autres soulignent que le poids de l'histoire de la Martinique et son passé colonial viennent s'ajouter au changement des repères familiaux et des repères sociétaux pour impacter les plus fragiles. La répétition d'événements de vie adverses chez des personnes élevées dans des familles confrontées à plusieurs difficultés (sociales, économiques, relationnelles, sanitaires...) peut conduire à développer une plus grande fragilité et des conduites à risque. La façon dont l'histoire est enseignée, parfois aussi « instrumentalisée », dans un sens ou dans un autre, ne permet pas à la population d'être au clair sur cette période. Là-encore, les plus fragiles peuvent être perturbés par les discours discordants.

D. Le désarroi de l'entourage

Certains professionnels ont évoqué la difficulté de l'entourage à comprendre la question de la santé mentale et des conduites suicidaires pouvant conduire à minimiser / sous-estimer le mal-être et la souffrance des individus. Ils ont également souligné le fait que ces situations de mal-être pourraient faire écho de la souffrance parentale ; le(s) parent(s) serai(en)t incapable(s) de prendre en charge la souffrance de leur enfant, eux-mêmes démunis face à leur propre souffrance.

Dans la plupart des situations de jeunes en souffrance psychique, les professionnels rapportent l'isolement social des familles et un huis clos familial qui pèse lourd pour certains jeunes. C'est parfois l'enfant qui révèle les troubles, par exemple une mère dépressive qui ne se soigne pas ou des événements traumatiques vécus par d'autres membres de la famille non exprimés et non pris en charge.

Par ailleurs, certains professionnels ont évoqué la difficulté pour des parents d'apparaître comme « défaillant » indiquant ne pas comprendre le mal-être de leur enfant alors qu'il « a tout » ou



en mettant en place des alternatives tel que du coaching et d'autres solutions.

Pour d'autres professionnels, certains parents ne se sentent pas légitimes pour accompagner l'enfant dans sa détresse par rapport aux

professionnels et auraient plutôt tendance à se reposer entièrement sur eux.

AXE 4 : Environnement sanitaire, prise en charge et prévention : une offre de soins à repenser

A. Une offre de soins à repenser

Les professionnels rencontrés sont partagés sur la question de l'offre de soins existant en Martinique. Certains évoquent le manque de professionnels, des déserts médicaux dans certains territoires et des longues listes d'attente de prise en charge dans les structures ; alors que d'autres considèrent que l'offre est suffisante mais mal ou sous utilisée. Le mode de financement des structures conduit à les mettre en concurrence et à ne pas travailler ensemble. La question serait alors plus celle de la coordination que celle des moyens supplémentaires. En favorisant la coordination des soins, en permettant aux professionnels de travailler ensemble, c'est l'intérêt des personnes en souffrance qui prime et non l'intérêt des structures. En se basant sur une culture où on privilégie la synergie entre les approches éducatives, sanitaires et psychothérapeutiques, on sort de la hiérarchisation de la prise en charge autour du médical. Ce type d'organisation consisterait à intégrer le soin dans une vision ouverte, ce qui n'est pas le cas actuellement.

B. Nécessité de consolider la formation des acteurs

La formation des acteurs a également été évoquée. Ainsi, la formation des médecins et autres acteurs de ville, autres ceux du champ de la santé mentale, est un enjeu majeur pour certains professionnels. Certains professionnels ont notamment évoqué le manque de confiance des usagers envers les équipes soignantes et une forme d'errance médicale de certains patients.

C. Une coordination des acteurs à consolider

Certains acteurs ont évoqué une thématique trop « personne-dépendante », des conflits entre structures favorisant le travail en silo plutôt que coordonné ; chaque équipe de la filière ayant un protocole créant un manque de visibilité sur la filière dans son ensemble. D'autres acteurs ont également évoqué la surcharge des missions impactant la coordination, la prise en charge et la fluidité du parcours de soins des patients. « Par exemple un adolescent suicidaire est reçu par un médecin urgentiste, le protocole est adressé aux urgences du CHUM pour une évaluation de l'équipe de pédopsychiatrie d'urgences mobiles qui ne fera pas le lien avec l'équipe de pédopsychiatrie d'hospitalisation. Cela entraîne un risque que le jeune soit renvoyé chez lui. Ce qui s'est déjà produit » [CMP]. La désorganisation liée à l'épidémie de Covid 19 de la filière a également été évoquée.

D. Nécessité d'une prévention plus visible et adaptée au public

Une majorité des acteurs interrogés a indiqué un manque de connaissance et/ ou de visibilité des dispositifs de prévention grand public. Certains déplorent un échange d'informations trop fragmenté et une absence d'adaptation des moyens nationaux au public martiniquais, « on se dit ça existe en France donc ça va fonctionner. Comme ils ont fait pour le 31 14 ils n'ont pas décliné tout de suite ... donc les gens vont appeler 31 14 sans savoir qu'ils vont tomber à Montpellier » [Association].





Zoom sur les populations vulnérables

Synthèse

Cette étude sur les conduites suicidaires et le suicide montre qu'en Martinique, comme dans d'autres territoires, les hospitalisations pour tentative de suicide concernent plus souvent les jeunes de 15 à 34 ans alors que la mortalité par suicide touche davantage les personnes plus âgées et plus souvent les hommes que les femmes. Entre 2000 et 2017, la baisse de la mortalité par suicide se confirme aussi bien en Martinique qu'au niveau national. La comparaison des taux de mortalité standardisés montre toujours des différences avec l'Hexagone, la mortalité par suicide étant moins fréquente en Martinique selon les certificats de décès.

L'approche qualitative de l'étude met en évidence un mal-être dans certains groupes de population, des situations sociales à risque et un environnement sociétal qui tend à taire la souffrance psychique. Le poids du magico-religieux se retrouve au niveau du diagnostic et pour la prise en charge. Plus globalement, on constate souvent une difficulté de l'entourage à comprendre la question de la santé mentale et des conduites suicidaires pouvant conduire à minimiser / sous-estimer le mal-être et la souffrance des individus. De plus, dans une société marquée par l'interconnaissance, on ne souhaite pas que certaines informations sur l'intimité de la famille soient divulguées et que la famille soit « marquée » par l'existence d'un problème de santé mentale du fait d'un décès par suicide d'un de ses membres.

Les professionnels interrogés ont souligné le besoin de mieux repérer les personnes les plus à risque pour leur proposer une prise en charge de meilleure qualité en fonction des moyens dont dispose le territoire.

Les populations prioritaires identifiées sont :

- Les jeunes,
- Les personnes âgées,
- Les personnes victimes de violence
- Les victimes collatérales de personnes décédées par suicide ou ayant fait une TS ou victimes de violence,
- Les personnes en situation de vulnérabilité (addictions, chômage, familles monoparentales, très jeunes mères, détenus).

Et les besoins formulés par les professionnels sont :

- Nécessité de disposer d'outils de surveillance, d'indicateurs et de données propres au territoire
- Nécessité d'évaluer les actions et dispositifs de prévention
- Nécessité d'aller vers un « lyannaj », d'instaurer une dynamique de travail partenarial et de dé-personnifier la filière
- Nécessité de formation des acteurs du secteur libéral
- Intégrer les acteurs de prise en charge de la violence
- Nécessité de lieux d'écoute pour les jeunes
- Intégrer le suivi de la santé mentale dans les autres suivis de santé (carnet de santé, carnet de grossesse)
- Nécessité de préventions spécifiques et adaptées au public (dans les corps de métiers à risque et auprès des jeunes)
- Nécessité d'une prise de position des politiques sur la question.



RÉFÉRENCES SUR LA THÉMATIQUE DU SUICIDE

Revue bibliographique :

Ce travail de recherche et recueil des ressources disponibles sur la thématique au niveau national et dans chaque département d'Outre-Mer, s'est articulé autour des quatre axes thématiques définis pour l'étude.

Ce recueil de ressources documentaires est structuré en plusieurs parties :

- Volet national proposant des éléments de cadrage,
- Volets locaux offrant les ressources disponibles au niveau local pour chaque territoire et selon les quatre axes précédemment exposés.

Pour le volet national :

Les principaux sites consultés pour la recherche sont les suivants :

- Observatoire National du Suicide (ONS) ;
- Ministère des solidarités et de la santé ;
- Santé publique France.

Les recherches ont été complétées par l'exploitation des sites Infosuicide.org et l'archive de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP).

Pour les volets locaux :

Ce travail s'est basé sur les références des dossiers « Suicides, idées suicidaires et tentatives de suicide » et « Santé mentale » de l'OSM. Elles ont été ensuite mises à jour. Les principaux sites consultés sont les suivants :

- Observatoire National du Suicide (ONS) ;
- Santé publique France ;
- ScienceDirect, PubMed, Google scholar.

Revue de presse

La revue de presse a permis de présenter les articles de presse offerts par la couverture médiatique des conduites suicidaires au niveau régional dans chacun des cinq DOM, sur une période de cinq ans allant de juin 2018 à juin 2023. Les recherches ont été réalisées sur le web auprès des sites de médias locaux.

Les principaux médias consultés sont les suivants :

- France Antilles Martinique
- Martinique La Première
- RCI Martinique
- Via ATV
- Zay actu
- Bondamanjak

Travaux réalisés à l'ORS de Martinique et en Martinique :

Observatoire de la santé de la Martinique, **La santé mentale en population générale : image ou réalité**, OSM Flash N° 27 - 2001. 6 p.

Enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)

Observatoire de la santé de la Martinique. **La santé mentale en population générale : image et réalité**. OSM flash numéro 27 – octobre 2001. 6 p.

Observatoire de la santé de la Martinique, **La santé des jeunes martiniquais**, OSM Flash N° 29 – 2002

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM) – **Rectorat de la Martinique, Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens de la Martinique : Enquête ETADAM 2003-2004**. OSM Flash n°35 – janvier 2005

Observatoire de la santé de la Martinique, **La santé observée en Martinique**, OSM Flash N° 37-38 – décembre 2005. 16 p.

Observatoire de la santé de la Martinique, **Les suicides en Martinique**, 2005. 7 p.

Slama F, Merle S, Ursulet G, Charles-Nicolas A, Ballon N. **Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among Caribbean people in the French West Indies**. Psychiatry Res. 2011 Dec 30; 190(2-3):271-4. doi: 10.1016/j.psychres.2011.08.007. Epub 2011 Sep 8. PMID: 21906819.

Observatoire de la santé de la Martinique, **Diagnostic en vue de l'élaboration du projet régional de santé**, 2011.

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM), **La santé mentale et le suicide, Santé observé - 2012**. 3 p.

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM) – DJSCS, **Insertion professionnelle des jeunes** Observatoire de la santé de la Martinique (OSM), **Enquête qualité de vie, santé et bien-être des jeunes en Martinique**

Observatoire de la santé de la Martinique, **Diagnostic en vue de l'élaboration du projet régional de santé 2^{ème} génération**, 2015

Santé publique France. **Santé mentale et COVID-19 : conduites suicidaires en Martinique**. Bulletin de santé publique, février 2023. Santé publique France, 2023 : 24 p.

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des professionnels pour leur participation aux entretiens individuels ou aux *focus groups*. Nous avons apprécié votre disponibilité, votre motivation, votre implication dans ce projet d'étude.

Nous tenons à remercier également Mme Vanessa LAURENT (Fnors) pour la réalisation de cette maquette.



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
Martinique

Galerie commerciale de l'Espace Cluny
97233 Schoelcher

www.ors-martinique.org /
ors.martiniq@wanadoo.fr

Observatoire National du Suicide

[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

REGARDS CROISÉS SUR LE SUICIDE ET LES CONDUITES SUICIDAIRES



Le suicide à MAYOTTE

Échata SAID¹, Achim ABOUDOU¹

¹ Observatoire Régional de la Santé de Mayotte

SOMMAIRE /

Objectifs	2
Méthode	2
Chiffres clés	3
Les entretiens	6
Zoom	10
Références	11

contexte

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et les observatoires régionaux de la santé (ORS) des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) de 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 liées à leur histoire avec également une hétérogénéité entre chaque territoire.

Les observations faites sur les conduites suicidaires dans les DROM diffèrent de ce qui peut être observé au sein de l'Hexagone et soulèvent des questionnements multiples. La mortalité par suicide et les tentatives de suicide au cours de la vie semblent moins fréquentes dans les DROM qu'en France hexagonale [Réf BSP].

Ces résultats soulèvent des questionnements multiples, dont notamment la part de la sous-déclaration du suicide et des tentatives de suicide et le poids des représentations culturelles. Un état des lieux interrégional sur les conduites suicidaires est nécessaire pour mieux comprendre et interpréter ces constats.

Cette fiche présente une synthèse des données quantitatives recensées (nombre d'hospitalisations 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 à Mayotte.

Pour mieux interpréter les données quantitatives, plusieurs entretiens semi-directifs et un focus group ont été réalisés auprès des acteurs de terrain (psychiatre, psychologue, infirmières, éducateurs, formateurs...) intervenant auprès des personnes concernées et des familles. Cette fiche présente également les points forts de ces échanges.



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 risques 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 à Mayotte

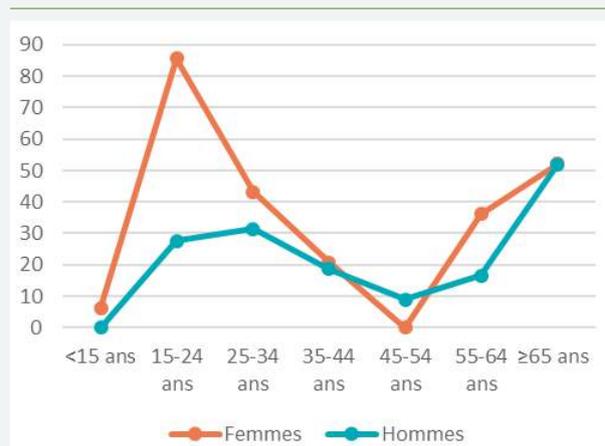
Près de 16 séjours en lien avec une tentative de suicide (TS) enregistrés en moyenne par an sur la période 2018-2021

Sur la période 2018-2021, 62 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés à Mayotte chez les personnes âgées de 10 ans et plus et résidant dans la région, soit en moyenne 16 hospitalisations par an.

Chez les 15-24 ans, les femmes sont 4 fois plus souvent concernées que les hommes

De manière générale, les hospitalisations pour tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes (71 %) que chez les hommes (29 %). Cependant, une différence est observée selon la classe d'âge. Chez les 15-24 ans, 50 % des hospitalisés sont des jeunes femmes. À l'inverse on observe chez les 25-34 ans et les seniors de 65 ans et plus, que les séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide sont plus fréquents chez les hommes.

FIGURE 1. RÉPARTITION DES SÉJOURS HOSPITALIERS POUR UNE TS SELON LA CLASSE D'ÂGE ET LE SEXE. DONNÉES 2018-2021



Source : PMSI MCO, ATIH

Taux de recours à une hospitalisation plus important chez les femmes

À Mayotte, rapporté à la population du territoire, le taux spécifique d'hospitalisation pour une TS est de 21,5 pour 100 000 habitants en 2021. Ce taux est plus important chez les femmes (29,1 pour 100 000 habitants) que chez les hommes (13,1 pour 100 000 habitants).

Ce taux est plus important chez les 15-24 ans (59,0 pour 100 000 habitants) et chez les plus âgés 65 ans et plus (52,0 pour 100 000 habitants).

L'auto-intoxication médicamenteuse, principal mode de tentative de suicide, aussi bien chez les femmes et les hommes.

La majorité des TS enregistrées sur la période 2018-2021 concerne des auto-intoxications médicamenteuses (77 % des séjours chez les femmes et 50 % chez les hommes). Les auto-intoxications non médicamenteuses sont notifiées dans 6 % des hospitalisations (11 % chez les hommes et 5 % chez les femmes.) Pour les lésions auto-infligées, les TS par utilisation d'objet tranchant ou contondant représentent le principal mode opératoire (33 % des séjours chez les hommes et 7 % de séjours chez les femmes.) Ainsi les trois principaux modes opératoires de tentative de suicide à Mayotte sont : les auto-intoxications médicamenteuses, les auto-intoxications non médicamenteuses et les lésions auto-infligées (objet tranchant ou contondant).



TABLEAU 1. PART DES MODES OPÉRATOIRES DE TS SELON LE SEXE. DONNÉES 2018-2021

Mode opératoire	Total		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Auto-intoxication médicamenteuse	43	69,0	9	50,0	34	77,0
Auto-intoxication non médicamenteuse	<5	6,0	<5	11,0	<5	5,0
Pendaison, strangulation, suffocation	<5	2,0	0	0,0	<5	2,0
Noyade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Armes à feu	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Exposition aux fumées, gaz, flammes	<5	5,0	<5	6,0	<5	5,0
Objet tranchant ou contondant	9	15,0	6	33,0	<5	8,0
Saut dans le vide	<5	4,0	0	0,0	<5	5,0
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autres moyens non précisés	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Source : PMSI MCO, ATIH, INSEE – Exploitation ORS Mayotte

B. Mortalité par suicide

21 décès enregistrés sur la période 2007-2017, soit 1,90 décès par an

Sur la période 2007-2017, 21 décès par suicide ont été répertoriés à Mayotte, soit environ 1,90 décès en moyenne par année.

La mortalité par suicide touche 6 fois plus d'hommes que de femmes

Quelle que soit la période, la part des hommes décédés par suicide reste supérieure à celle des femmes. Sur la période 2007-2017, la mortalité par suicide touche 6 fois plus d'hommes que de femmes (soit 18 décès chez les hommes et 3 chez les femmes).

Majoritairement, des suicides par pendaison

Concernant le mode opératoire, les suicides par pendaison, strangulation et suffocation sont les seuls modes opératoires à Mayotte. Et, ce que soit le sexe la pendaison reste le principal mode opératoire le plus enregistré sur la période 2007-2017.

Des taux de mortalité par suicide standardisés plus élevés en France hexagonale qu'à Mayotte

Compte-tenu des effectifs trop faible, le taux de mortalité standardisé par suicide à Mayotte ne peut être analysé.



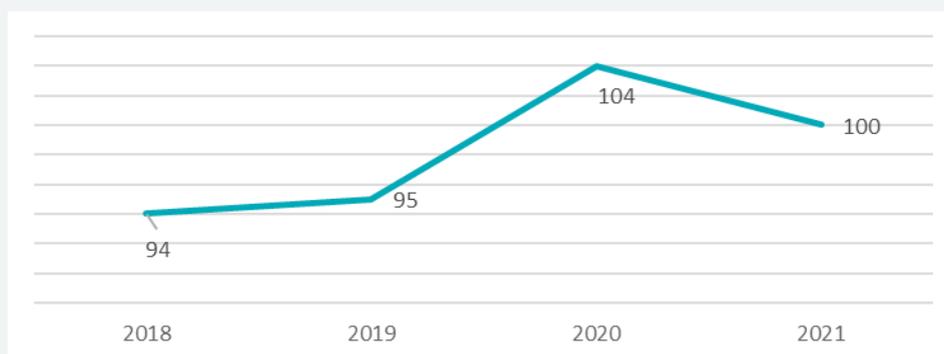
C. Passage aux urgences

En 2021, 45 579 passages aux urgences à Mayotte ont été enregistrés par le réseau Oscour®. Une augmentation des passages aux urgences (+11 %) entre mai 2019 et mai 2021 est observée. Le nombre de passages aux urgences toutes causes confondues est stable en 2021. Parmi les passages aux urgences en 2021, 100 concernaient la prise en charge d'un patient à la suite d'un geste suicidaire, soit 0,22 % des passages aux urgences.

Le nombre mensuel de passages aux urgences pour gestes suicidaires est relativement faible (une dizaine de passages sur deux mois en moyenne). En 2021, 100 passages pour gestes suicidaires ont été rapportés contre 104 en 2020 et 98,25 en moyenne pour les années 2018 à 2021.

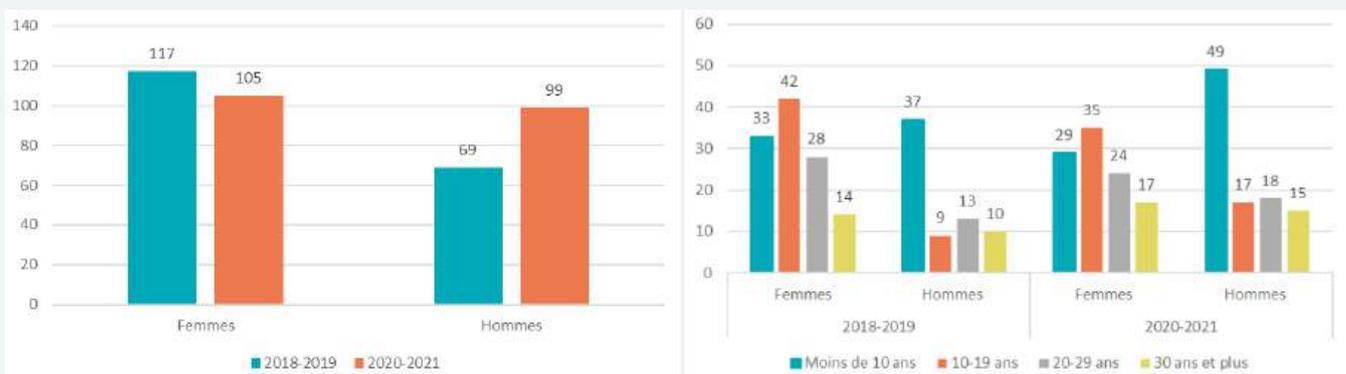
Le nombre de passages aux urgences pour gestes suicidaires sont plus fréquents chez les femmes 222 passages contre 171 chez les hommes sur la période de 2018-2021. Les passages aux urgences pour gestes suicidaires chez les moins de 10 ans sont plus fréquent soit 148 passages (38 %). Suivi par la classe d'âges des 10-19 ans (103 passages soit 26% puis les 20-29 ans (83 passages soit 21 %).

FIGURE 2. NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTES SUICIDAIRES ENTRE 2018 ET 2021



Source : Santé publique France_CIRE Mayotte_Données réseau OSCOUR

FIGURE 3. NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTES SUICIDAIRES SELON LE SEXE ET LA TRANCHE D'ÂGE ENTRE 2018-2021



Source : Santé publique France. Données réseau OSCOUR – Exploitation ORS Mayotte

2. LES ENTRETIENS

AXE 1 : Dispositifs et moyens d'observation

A. Les sources d'informations et dispositifs existants

En termes de sources de données disponibles, fiables et exploitables à Mayotte, les professionnels utilisent et exploitent le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les données du réseau Oscour® pour obtenir des données sur le suicide et les conduites suicidaires. En revanche ces données ne permettent pas d'obtenir une vision exhaustive du phénomène. Les effectifs étant trop faibles, l'interprétation des données est souvent effectuée avec prudence. La sous-déclaration est une réalité sur le territoire, les professionnels ont évoqué une sous-estimation des chiffres en raison de plusieurs facteurs (situations administratives irrégulières, des revenus trop faibles...).

B. Un manque de visibilité sur les sources d'informations

Concernant les sources d'informations, les professionnels ont souligné un manque de connaissance des sources de données existantes sur les conduites suicidaires. Pour les tentatives de suicide, les données observées à partir de la base de données Oscour® sont partielles. En effet, les effectifs sont faibles et l'interprétation des données ne permet pas d'avoir une vision complète. Les professionnels ont également évoqué les codages liés aux données des conduites suicidaires dans le PMSI et la base Oscour®. Les tentatives de suicide ou les suicides ne sont pas toujours correctement codés. De plus, la sous-déclaration liée aux tentatives de suicide contribue également à ce manque de données.

C. Quelques acteurs mobilisés

Une défaillance d'infrastructures sanitaires et médico-sociales est observée à Mayotte pour la prise en charge du suicide et des conduites suicidaires. Les professionnels ont connaissance de quelques acteurs mobilisés sur le champ de la santé mentale et du suicide tels que : principalement le centre médico-psychologique, les structures

associatives comme Mlézi Maoré avec la maison des adolescents, le groupe d'entraide mutuelle.

D. Les sources d'informations concernant la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires

À Mayotte, très peu de sources de données existent sur l'aspect préventif. Les professionnels ont beaucoup insisté sur le fait qu'il y ait peu ou pas de dispositifs de prévention sur les conduites suicidaires, ou des dispositifs existent mais ne sont connus ni par les professionnels, ni par la population.

Quelques professionnels et/ou acteurs sont mobilisés sur le territoire et agissent sur l'aspect préventif et la prise en charge des conduites suicidaires : des psychologues interviennent en milieu scolaire, des associations interviennent auprès des migrants et auprès des familles qui subissent des violences intrafamiliales mais sont très peu et/ou pas assez connues du public.

E. Identification des besoins

Afin d'améliorer et de générer des données de qualité sur la thématique, les professionnels proposent de :

- Familiariser et former les professionnels sur le codage.
- Mettre en place un système d'interprètes pour les familles et les professionnels.
- Améliorer les connaissances sur le réseau d'acteurs, les associations intervenant sur les suicides et les conduites suicidaires afin de mieux orienter les personnes.
- Développer un dispositif sur le territoire tel que Vigilans.



AXE 2 : Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants

A. Les jeunes et les femmes les plus concernés

La population la plus concernée et exposée aux phénomènes des conduites et/ou idées suicidaires, des passages à l'acte sont les jeunes (majoritairement les 13-25 ans). Les femmes sont les plus sujettes aux conduites suicidaires. Les personnes victimes de violences, d'agressions sexuelles ont été également identifiées par les professionnels comme étant un public vulnérable. Les migrants sont considérés également comme des personnes à risque. Cette population, avec des personnes qui généralement ont subi des traumatismes dans leurs pays (guerres, violences...), arrive à Mayotte dans l'espoir de s'insérer et se trouve dans une précarité extrême. Certaines personnes sont également exposées aux risques de conduites suicidaires en raison de leurs conditions de travail, de leur vie personnelle mais également de leur environnement.

B. Des facteurs identifiés sur le territoire

Parmi les facteurs de risque évoqués par les professionnels figurent les troubles du champ de la santé mentale. À Mayotte, le nombre de personnes présentant des souffrances psychologiques est de plus en plus important sans distinction d'âge. Chez les jeunes, l'isolement scolaire a été abordé ici comme un facteur de risque, notamment chez les enfants qui ne savent ni lire, ni écrire et qui se sentent exclus de l'environnement scolaire. Souvent, la situation peut être mal vécue par ces derniers et peut conduire à des idées ou conduites suicidaires. Les facteurs individuels et familiaux sont également abordés par les professionnels. La relation intrafamiliale est un facteur qui peut aussi conduire à un comportement à risque suicidaire. Beaucoup de témoignages ont mis l'accent sur le fait que les conflits familiaux, les disputes, la désolidarisation familiale peuvent entraîner les conduites suicidaires ou le passage à l'acte. Les phénomènes de violences et d'agressions sexuelles sont très fréquents à Mayotte, beaucoup plus chez les jeunes filles et les femmes. Ce genre de traumatisme peut avoir un impact sur le

passage à l'acte (suicide ou tentative de suicide). Concernant les addictions ou la consommation des substances psychoactives, la mise en relation avec les conduites suicidaires ou le suicide est quasi inexistante. Le lien entre la pandémie Covid-19 et le risque suicidaire n'a pas été totalement traité, en raison d'une absence de données et d'informations sur le sujet. Globalement, on est plutôt sur un constat général qui est également observé au niveau national : le confinement a eu un impact sur la vie quotidienne des personnes (isolement, état dépressif, violences chez certains...). Chez les étudiants une recrudescence d'états dépressifs et d'anxiété a été observée, selon les professionnels.

C. Mode opératoire

Le mode de tentative de suicide le plus fréquemment rapporté par les personnes interrogées était l'intoxication médicamenteuse particulièrement chez les filles avec des intoxications par ingestion de paracétamol. Les professionnels rapportent d'autres modes de tentative de suicide fréquents tels que :

- Les scarifications chez les filles.
- Les intoxications par des produits ménagers (gel douche, eau de javel...).
- Les mutilations, phlébotomie...
- La pendaison, beaucoup plus observée chez les hommes.
- L'immolation.



AXE 3 : Représentations et facteurs culturels

A. La réaction des familles face aux suicides et aux tentatives de suicides

Globalement, ce qui ressort des professionnels interrogés, est que les familles sont souvent dans l'incompréhension. Elles ne comprennent pas l'acte et beaucoup de questionnements surviennent. Dans la majorité des cas, l'inquiétude de la famille est partagée entre l'acte et le regard des autres. Lorsque le suicide est dévoilé tel qu'il est, les familles sont souvent préoccupées par les répercussions sociales, notamment par ce que les autres pourraient penser ou dire. Un sentiment de honte peut s'installer face à l'acte qui est déjà interdit culturellement et religieusement et surtout face à la réputation de la famille. Le suicide ou la TS sont très mal-vus dans les villages. Parfois, la personne ayant tenté de se suicider ou sa famille est stigmatisée. Les convictions religieuses et culturelles peuvent influencer sur la manière de soutenir une famille lorsqu'il y a un suicide dans le village. Très peu de familles demandent un accompagnement et/ou aide. Souvent ce sont les professionnels qui proposent un accompagnement psychologique. Certaines familles privilégient les invocations, des prières et/ou ont recours aux cadis¹.

B. Représentation et tabou liés à la santé mentale

Comme partout ailleurs, la représentation de la santé mentale et/ou du suicide est très stigmatisée. La santé mentale est souvent associée à la folie. Une dimension culturelle très prégnante, les représentations de la santé mentale ou du suicide se reposent sur des causes dites surnaturelles : comme la possession par un esprit qu'on appellera ici les djins, la sorcellerie ou le mauvais œil. Les djins sont des esprits qui s'approprient le corps et l'esprit d'un humain et ils peuvent être bons ou mauvais. À Mayotte, dès lors qu'une personne souffre de troubles mentaux, une association avec les djins est souvent faite. Les problèmes liés à la psychiatrie existent à Mayotte mais dans une

autre étiologie. Les conduites suicidaires et le suicide n'existent pas dans la société mahoraise. Les croyances sur les suicides et/ou des conduites suicidaires sont inconcevables : le suicide est interdit par la religion alors parler suicide encore moins. Éthiquement et religieusement il n'est pas possible de penser « suicide ». Les professionnels ont mis en évidence que la religion reste un facteur protecteur sur les passages à l'acte.

C. Une médecine traditionnelle très présente

La médecine traditionnelle est réputée pour guérir de nombreux maux à Mayotte. Bien que la médecine occidentale soit très présente (avec peu de professionnels en santé mentale), les patients consultent parallèlement autant la médecine traditionnelle que la médecine occidentale, toutes pathologies confondues. Nombre de professionnels ont mis en évidence la pratique et le recours à la médecine traditionnelle qui est beaucoup portée et ancrée dans la société mahoraise. Ici, on parlera notamment de fundi. Le fundi est le tradipraticien qui est très présent et est consulté pour tout évènement important de la vie (mariage, maladie, problèmes familiaux...). Le rôle du fundi est de prodiguer des conseils, aider dans les prières ou encore donner des remèdes pour soigner une maladie. Il y a également des consultations chez les marabouts ou fundi wa madjini (docteur des djins), certains mahorais croient en l'existence d'esprits (djins). Le recours aux fundis wa madjini est très fréquent à Mayotte surtout lorsqu'une personne souffre de troubles mentaux ou somatiques. Ce recours s'expliquerait surtout par un aspect culturel et à la croyance de la population mahoraise. La démarche d'aller vers quelque chose qu'ils connaissent et maîtrisent est plus rassurant.

¹ Représentant religieux



AXE 4 : Environnement sanitaire

A. Une absence de dispositifs de prévention

Les professionnels ont déclaré qu'il y a une méconnaissance des dispositifs de prévention sur le suicide et les conduites suicidaires sur le territoire. Ils soulignent également que l'acteur principal de la santé mentale ou plutôt le dispositif connu par le public pour des missions d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge est le centre médico-psychologique. Les professionnels s'accordent à dire que la prévention sur le suicide et les conduites suicidaires à Mayotte est quasi inexistante. Ils considèrent aussi qu'il n'y a pas assez de dispositifs pour accompagner les personnes en souffrance psychique. Afin de mieux comprendre les phénomènes du suicide sur le territoire, les professionnels ont insisté sur le fait de développer et d'adapter les dispositifs de prévention à Mayotte mais aussi de renforcer le travail collaboratif entre les systèmes de soins et les tradipraticiens. La prévention doit être portée par tous, que ce soit par les institutions ou même les instances culturelles. Les campagnes de prévention sur les conduites suicidaires doivent prendre en compte toute cette sphère culturelle et religieuse. Au vu des spécificités du territoire, reproduire les mêmes campagnes de prévention qui se font dans l'Hexagone n'apportera pas les résultats escomptés.

B. Une offre de soins insuffisante

Au niveau des professionnels de santé à Mayotte, les professionnels ont constaté qu'il y a un *turn over* important. Beaucoup de professionnels arrivent sur le territoire et repartent rapidement. Il faut renforcer les professionnels de santé sur la durée. De plus, les professionnels soulignent également qu'il y a un manque de visibilité et d'interaction des acteurs intervenant sur le suicide et les professionnels de la santé mentale. Le constat est partagé par tous les professionnels : une insuffisance de l'offre de soin globale sur le territoire. Au 1^{er} janvier 2023, l'effectif des médecins généralistes libéraux est très faible : 47 médecins généralistes libéraux et 36 spécialistes pour 100 000 habitants à Mayotte. L'offre de soin est très peu développée sur l'île par

rapport aux autres régions d'Outre-mer. Également, la présence des professionnels spécialistes du champ de la santé mentale est très insuffisante dans le département : 23 psychologues libéraux pour 100 000 habitants (cinq fois inférieure à la moyenne hexagonale) et 2 médecins psychiatres pour 100 000 habitants. Cette densité de psychologues est également moindre par rapport aux autres régions d'Outre-mer. Concernant le taux d'équipement du service de psychiatrie, on comptabilise 10 lits d'hospitalisation en 2023 pour toute la population de Mayotte ; ce taux est inférieur par rapport aux autres régions des DOM. Ce déficit d'équipement (lits et places) peut expliquer le non-recours aux soins en psychiatrie et la sous-évaluation des personnes présentant des troubles psychiques.

Afin d'améliorer le système sanitaire les professionnels proposent plusieurs recommandations :

- Améliorer l'offre et l'accès aux soins.
- Améliorer et adapter les politiques de prévention sur le suicide et les conduites suicidaires.
- Développer des dispositifs interculturels.
- Former les professionnels sur les conduites suicidaires et le suicide.
- Mettre en place un centre d'accueil de crise.





Zoom sur les populations vulnérables

Les jeunes

Le phénomène de conduites suicidaires est très fréquent chez les adolescents. Malgré les données sous-évaluées, les professionnels ont beaucoup mis l'accent sur ce public. Des adolescents en extrême souffrance psychique, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide très présentes et des conduites suicidaires plus fréquentes. On constate que les jeunes filles sont les plus exposées aux tentatives de suicides que les garçons. Le mal être et les troubles psychiques chez les jeunes sont quasiment inaperçus ou invisibles pour les familles.

Les professionnels rapportent également que les jeunes ayant des conduites suicidaires présentent des troubles psychiques dus à un traumatisme vécu (maltraitance, carence affective, inceste, agressions sexuelles...) mais aussi un antécédent familial sur les tentatives de suicide. L'accès aux moyens létaux comme l'auto-intoxication médicamenteuse chez les jeunes femmes (consommation abusive de doliprane, produits ménagers...) peut favoriser le passage à l'acte.

Afin d'améliorer la prise en charge des jeunes, les professionnels ont proposé de développer des structures d'accueil ambulatoire dédiées aux jeunes et notamment la mise à disposition des professionnels de santé mentale dans les établissements scolaires.

Les personnes victimes de violences et/ou d'agressions sexuelles

Les personnes victimes de viol ou d'agressions sexuelles, principalement les femmes, sont exposées aux conduites suicidaires. Les tentatives de suicide peuvent être sous-évaluées pour plusieurs causes, lorsqu'il s'agit d'un viol commis par un membre de la famille les victimes n'osent pas le verbaliser par peur et sous la pression familiale. Les conséquences de tels traumatismes peuvent être : troubles internalisés de types automutilations, tentatives de suicide médicamenteuses, anorexie mentale.

La population migrante

Les professionnels ont repéré des conduites suicidaires chez les migrants issus de l'Afrique de l'Est, une population à risque surreprésentée. Les tentatives de suicides et les suicides sont sous-estimés ou mal identifiés chez les migrants en raison de leurs situation administrative. Cette population présente souvent des traumatismes psychologiques (guerre, violences, viols...). Les femmes subissent beaucoup de violences physiques et/ou sexuelles pendant le trajet jusqu'à Mayotte.

Une des recommandations qui a été proposée par les professionnels afin d'améliorer la prise en charge de cette population est de mettre en place un système d'interprétariat pour faciliter la prise en charge pour les personnes qui ne parlent pas la langue française.



RÉFÉRENCES SUR LA THÉMATIQUE DU SUICIDE

Floury E, Mekkaoui J, Merceron S, Thibault P. **À Mayotte, des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents qu'en métropole. Enquête Santé DOM en 2019** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). INSEE Analyse n°31, Février 2022. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6205093> (consulté le 10/05/2023)

Leduc A, Deroyon T, Rochereau T, Renaud A. **Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019** [en ligne]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les dossiers de la DREES n° 7. Avril 2021. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/premiers-resultats-de-lenquete-sante-europeenne-ehis-2019-metropole-guadeloupe-martinique-guyane-la-r%C3%A9union-mayotte> (consulté le 24/10/2022)

Thibault P, Merceron S, Balicchi J. **Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer. Enquête Santé DOM en 2019** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). INSEE Analyses Mayotte n°29, 2021, pp.1-4. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5409598> (consulté le 23/09/2021)

S. Merceron. **Les inégalités de niveau de vie se sont creusées Revenus et pauvreté à Mayotte en 2018** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). INSEE Analyse n°25, Juillet 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622454> (consulté le 29/05/2023)

Thibault P. **Beaucoup de familles nombreuses Familles avec enfant(s) mineur(s) à Mayotte en 2017** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). INSEE Flash Mayotte n°100, Janvier 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4276994> (consulté le 12/06/2023)

Chaussy C, Merceron S, Genay V. **À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). INSEE Première n°1737, Février 2019. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3713016?sommaire=4199393> (consulté le 29/05/2023)

Genay V, Merceron S. **256 500 habitants à Mayotte en 2017 : la population augmente plus rapidement qu'avant** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Insee Analyses n°15, Décembre 2017. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3284395?sommaire=4199393> (consulté le 29/05/2023)

Harmant V. **Quête identitaire et troubles de la filiation : Réflexion sur un cas de possession par les djinns à Mayotte** [en ligne]. L'Autre, vol. 14, no. 1, 2013, pp. 54-62. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2006-2-page-267.htm> (consulté le 25/01/2023)

Charbonnier C, Massoubre C, Szekely D, Airault R. **Psychopathologies rencontrées sur l'île de Mayotte entre 1998 et 2004** [en ligne]. L'Encéphale n°2, volume 34, 2008, pp.123-31. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18597719/> (consulté le 26/09/2022)

Enjolras, F. **La « folie » à Mayotte : initiation d'un psychiatre au-delà des mers** [en ligne]. L'Autre, vol. 7, no. 2, 2006, pp. 267-282. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2006-2-page-267.htm> (consulté le 25/01/2023)

REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé de Mayotte remercie l'ensemble des professionnels pour leur participation aux entretiens et au *focus group*, ainsi que tous les acteurs qui contribuent à la prévention du suicide sur le territoire.



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
Mayotte

608 route de Vahibé - Dépt. 03
97605 Mamoudzou

www.ors-mayotte.org /
contact@ors-mayotte.org

Observatoire National du Suicide

[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

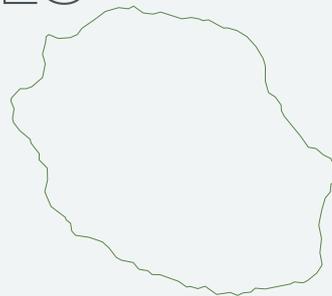
AVRIL 2024

REGARDS CROISÉS SUR LE SUICIDE ET LES CONDUITES SUICIDAIRES

Le suicide à LA RÉUNION

Camélia LOUACHENI¹, Carine DUCHEMANN¹, Emmanuelle RACHOU¹

¹ Observatoire Régional de la Santé de La Réunion



SOMMAIRE

Objectifs	2
Méthode	2
Chiffres clés	3
Les entretiens	6
Zoom	10
Références	11

contexte

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et les observatoires régionaux de la santé (ORS) des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) que sont la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion, ont proposé la réalisation d'un diagnostic interrégional pluri-thématique pour identifier les particularités des conduites suicidaires dans ces territoires. Les DROM sont caractérisés par des particularités géographiques, culturelles, socio-économiques, sanitaires et historiques, qui se traduisent par une grande hétérogénéité entre chaque territoire. Les

observations sur les conduites suicidaires dans les DROM diffèrent de celles observées dans l'Hexagone, ce qui soulève plusieurs interrogations. Contrairement à la France hexagonale, la mortalité par suicide et les tentatives de suicide semblent moins fréquentes dans les DROM¹.

Ces résultats soulèvent plusieurs questions, notamment sur la sous-déclaration du suicide et des tentatives de suicide (TS), ainsi que sur le poids des représentations culturelles. Pour mieux comprendre et interpréter ces résultats, un état des lieux interrégional sur les conduites suicidaires est nécessaire. Cette fiche présente une synthèse des données quantitatives recensées (nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide, passages aux urgences et décès par suicide), ainsi qu'une revue bibliographique et de presse sur les études spécifiques des conduites suicidaires à La Réunion. Pour mieux interpréter les données quantitatives, plusieurs entretiens semi-directifs et deux groupes de discussion ont été réalisés avec des professionnels de terrain tels que des sociologues, psychiatres, psychologues, médecins, personnels des services de prévention, de l'éducation nationale et d'associations intervenant auprès des personnes concernées et de leurs familles. Cette fiche présente également les principaux éléments de cette approche qualitative de la thématique.

¹ Santé mentale et COVID-19 : conduites suicidaires à La Réunion. 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.

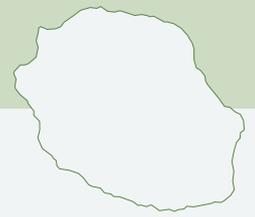
Afin d'identifier les similitudes et les différences interrégionales, la recherche s'articule autour de quatre axes thématiques :

- 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 à La Réunion

Une moyenne de 1 120 hospitalisations par an pour tentative de suicide (TS) à La Réunion entre 2018 et 2021

Entre 2018 et 2021, une moyenne annuelle de 1 120 séjours hospitaliers pour TS a été enregistrée à La Réunion chez des résidents âgés de 10 ans et plus, pour un total de 4 480 séjours sur cette période.

Chez les moins de 15 ans, les filles sont 6 fois plus souvent concernées que les garçons

Les femmes représentent une grande majorité des hospitalisations pour TS, constituant 61 % de l'ensemble des hospitalisations. Chez les moins de 15 ans, les filles sont six fois plus touchées que les garçons, avec 86 % des séjours hospitaliers. Cette proportion diminue légèrement à partir de 15 ans, mais les filles restent plus souvent hospitalisées que les garçons. Chez les patients de 55 ans et plus, les hommes sont plus fréquemment hospitalisés pour tentative de suicide que les femmes.

Un taux de recours à l'hospitalisation pour TS plus important chez les jeunes adultes

En 2021, les taux d'hospitalisation pour TS varient selon le sexe à La Réunion. Les femmes affichent un taux de 18,8 pour 10 000 femmes, tandis que chez les hommes, il est de 11,4 pour 10 000 hommes. Les jeunes de 15 à 24 ans présentent le taux le plus élevé, atteignant 31,4 pour 10 000 habitants. Les taux d'hospitalisation pour TS chez les femmes dépassent ceux des hommes jusqu'à l'âge de 25 ans, puis s'inversent légèrement. Les femmes âgées de 15 à 19 ans sont les plus touchées, avec un taux de 57,6 pour 10 000 habitants. Chez les patients de 65 ans et plus, le taux d'hospitalisation pour TS est de 6,4 pour 10 000 habitants, légèrement plus élevé chez les hommes (7,4 pour 10 000) que chez les femmes (5,6 pour 10 000).

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



Source : PMSI MCO, ATIH, INSEE - Exploitation ORS La Réunion

L'auto-intoxication médicamenteuse, principal mode de TS, chez les femmes et les hommes

Au cours de la période 2018-2021, les actes d'auto-intoxication médicamenteuse représentent 70 % des TS enregistrées, avec une prévalence plus élevée chez les femmes (75 % des séjours) que chez les hommes (62 % des séjours). Les hospitalisations pour tentative de suicide par objets tranchants ou contondants représentent 15 % des séjours hospitaliers, avec une légère prédominance chez les femmes (16 %) par rapport aux hommes (12 %).



TABLEAU 1. RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS POUR TS SELON LE MODE OPÉRATOIRE (MOYENNE ANNUELLE 2018-2021)

Mode opératoire	Ensemble		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Auto-intoxication médicamenteuse	3 142	70,1	1 074	61,7	2 068	75,5
Auto-intoxication non médicamenteuse	309	6,9	213	12,2	96	3,5
Phlébotomie	666	14,9	219	12,6	447	16,3
Pendaison, strangulation, suffocation	137	3,1	102	5,9	35	1,3
Saut dans le vide	126	2,8	65	3,7	61	2,2
Lésion par fumée, gaz, flammes	23	0,5	11	0,6	12	0,4
Armes à feu	8	0,2	7	0,4	<5	0,0
Noyade	7	0,2	<5	0,2	<5	0,1
Collision intentionnelle	11	0,2	5	0,3	6	0,2
Autres moyens non précisés	52	1,2	41	2,4	11	0,4

Source : PMSI MCO, ATIH, INSEE - Exploitation ORS La Réunion

B. Mortalité par suicide

85 décès par suicide en moyenne par an sur la période 2015-2017

Entre 2015 et 2017, 85 décès annuels par suicide ont été comptabilisés en moyenne dans la région, ce qui représente 2 % des décès toutes causes confondues. Après avoir sensiblement augmenté au début des années 90, le nombre de suicides à La Réunion fluctue entre 80 et 100 par an depuis dix ans.

À La Réunion, comme dans l'Hexagone, les hommes sont surreprésentés parmi les décès par suicide, ils représentent 67 % des décès. Cette surmortalité masculine est observée dans toutes les tranches d'âge.

Les décès par suicide chez les femmes concernent principalement les tranches d'âge entre 25 et 54 ans, avec un pic dans la tranche 35-44 ans (13 décès). Chez les hommes, le nombre de décès est plus élevé dans la tranche d'âge entre 45 et 54 ans (55 décès). Les décès chez les jeunes adultes de 25 ans et moins sont également présents chez les deux sexes, avec une légère prédominance chez les hommes (20 décès). Les tranches d'âge les plus âgées (75 ans et plus) sont moins touchées par les décès par suicide.

Majoritairement, des suicides par pendaison

À La Réunion, la pendaison est le mode de suicide le plus fréquemment utilisé chez les hommes, suivi du saut dans le vide, qui représentent ensemble 71,5 % des décès par suicide masculins. Chez les femmes, les moyens les plus couramment utilisés pour le suicide sont la pendaison, l'auto-intoxication médicamenteuse et le saut dans le vide, qui représentent ensemble 70,9 % des décès par suicide chez les femmes.

Des taux de mortalité par suicide en baisse à La Réunion

Les taux de mortalité par suicide sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, à la fois en France hexagonale et à La Réunion. Dans l'Hexagone, les taux ont tendance à diminuer au fil des années, passant de 28,5 pour 100 000 hab. pour les hommes et 9 pour 100 000 hab. pour les femmes en 2003-2005 à 20,8 pour les hommes et 5,7 pour les femmes en 2015-2017. À La Réunion, les taux ont également tendance à diminuer, passant de 20,2 pour 100 000 pour les hommes et 5,9 pour 100 000 pour les femmes en 2003-2005 à 17,7 pour les hommes et 4,2 pour les femmes en 2015-2017 (Figure 2).

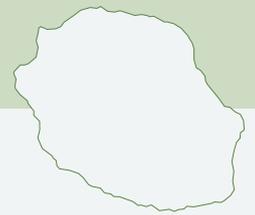


FIGURE 2. ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS DE MORTALITÉ PAR SUICIDE SELON LE TERRITOIRE ET LE SEXE (TAUX POUR 100 000 HAB.)



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS La Réunion

C. Passages aux urgences

800 passages aux urgences en lien avec des gestes suicidaires sur la période 2018-2021

Au cours de la période 2018-2021, une moyenne de 800 passages aux urgences hospitalières ont été enregistrés chaque année en lien avec des gestes suicidaires, ce qui représente 0.5 % de l'ensemble des passages à La Réunion. Parmi ces passages, 63,4 % concernaient des femmes. Les patients âgés de moins

de 40 ans représentaient 62,3 % de l'ensemble des cas. Chez les moins de 20 ans, les femmes étaient majoritaires (29,9 %), mais cette proportion s'inverse avec l'avancée en âge.

Sur la même période (2018-2021), les données révèlent des fluctuations saisonnières et annuelles marquées. Bien que le nombre total de passages aux urgences reste globalement stable d'une année à l'autre, certains mois, notamment février et mars, se distinguent par des niveaux de gestes suicidaires plus élevés. En outre, des baisses sont constatées, notamment en avril 2020, probablement à mettre en lien avec les restrictions imposées par la pandémie de COVID-19.

FIGURE 3. NOMBRE ANNUEL MOYEN DE PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTES SUICIDAIRES SELON LE SEXE ET LA CLASSE D'ÂGE À LA RÉUNION, DONNÉES 2018-2019 ET 2020-2021

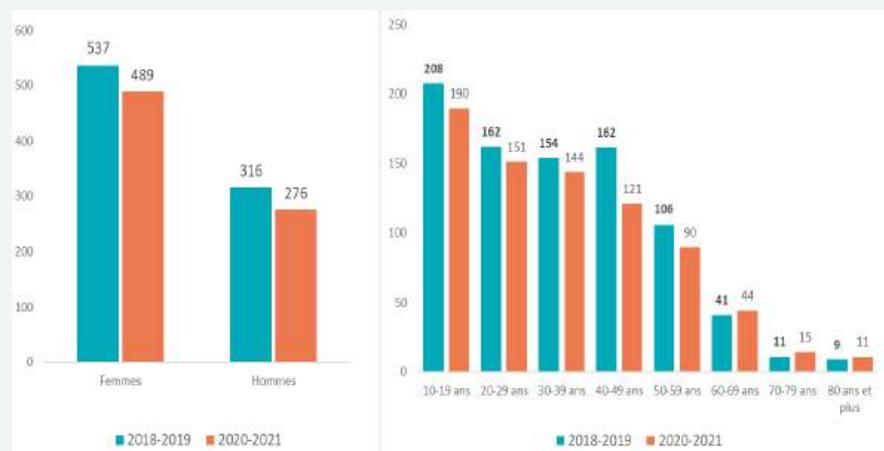
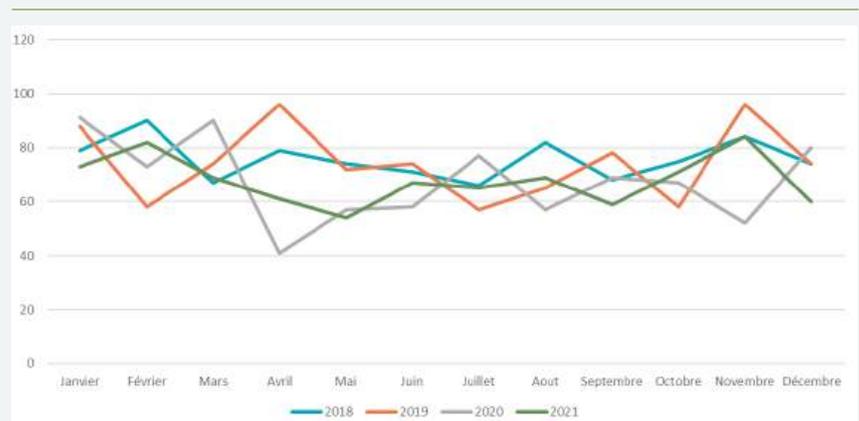


FIGURE 4. NOMBRE MENSUEL DE PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTES SUICIDAIRES À LA RÉUNION, DONNÉES 2018-2019 ET 2020-2021



Source : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France – Mise en forme ORS La Réunion

2. LES ENTRETIENS

AXE 1 : Dispositifs et moyens d'observation et de connaissances sur les conduites suicidaires

Les conduites suicidaires constituent un enjeu important à La Réunion, nécessitant des données fiables pour guider les actions préventives. Les professionnels de santé et les acteurs de la prévention ont été questionnés sur leurs sources d'information à ce sujet

A. Des sources d'informations et des dispositifs bien identifiés par les professionnels

Les bases médico-administratives, principales sources de données sur les conduites suicidaires

Les professionnels utilisent principalement les bases médico-administratives telles que le PMSI, OSCOUR et CépiDC pour obtenir des données statistiques sur le suicide à La Réunion. Bien que ces bases aient des limitations en termes d'exhaustivité des données, elles offrent une vision générale des grandes tendances du suicide dans la région. D'autres bases administratives telles que celles de l'IML et du SDIS sont mentionnées mais sous-exploitées. Les dispositifs de prévention tels que Vigilans et le 3114, initialement conçus pour l'écoute et le maintien du contact avec les personnes suicidaires, sont également considérés comme une source potentielle de données pour la surveillance des tentatives de suicide.

B. Des sources disponibles mais non exhaustives

La sous-déclaration des suicides et des tentatives de suicide est impactée par des problèmes de codage. Certains professionnels de santé ne codent pas systématiquement les cas de suicide ou de TS, faute de formation et de sensibilisation adéquate à cette pratique. De plus, les actes suicidaires qui ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale et les tabous culturels, sociaux et religieux entourant le suicide contribuent à la sous-déclaration. La stigmatisation de la santé mentale et la minimisation des cas de suicide peuvent entraîner une réticence à en parler ou à chercher de l'aide.

C. Ayant un impact sur la fiabilité et l'interprétation des données

La sous-déclaration des données affecte leur qualité et crée des divergences entre les professionnels. Certaines données sont considérées intéressantes malgré leur manque d'exhaustivité, mais d'autres professionnels estiment qu'elles sont erronées, notamment pour repérer les populations vulnérables. Une réflexion sur les méthodes de collecte est nécessaire pour obtenir des données fiables et précises.

D. Des besoins d'améliorations pour répondre aux besoins des acteurs

Les professionnels proposent les pistes suivantes pour améliorer la collecte et l'analyse des données :

- Élargir les données à d'autres sources qui existent mais qui ne sont pas exploitées à des fins épidémiologiques ;
- Exploiter les données d'activité du 3114 afin d'anticiper le recours aux soins ;
- Centraliser les données statistiques sur une base de données commune ;
- Intégrer la souffrance des proches de personnes ayant des conduites suicidaires comme indicateur de suivi ;
- Recourir au dispositif Papageno et l'identification des hot-pots pour leur sécurisation (en cours) ;
- Cartographier les conduites suicidaires à l'échelle communale et infra-communale.

En mettant en œuvre ces améliorations, il serait possible d'obtenir des données plus complètes, répondant aux besoins des acteurs impliqués dans la prévention du suicide à La Réunion.



AXE 2 : Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants

Cet axe aborde le regard des professionnels sur la cohérence des données épidémiologiques régionales. Une approche populationnelle a été réalisée afin d'identifier les groupes à risque de conduites suicidaires à La Réunion, tout en examinant les facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui y sont liés.

A. Les jeunes et les hommes de 40 ans et plus en situation de vulnérabilité

Les principaux groupes identifiés par les professionnels interrogés comme étant à risque de suicide à La Réunion sont les jeunes, les hommes de 40 à 50 ans et les personnes âgées. Les jeunes, en particulier les adolescentes de 15 à 19 ans, présentent une vulnérabilité particulière, qui s'est accentuée pendant la crise sanitaire. Une attention spécifique est également accordée aux jeunes originaires de Mayotte et des Comores, nécessitant une prise en charge adaptée. Les hommes d'âge moyen sont également touchés, en raison de problèmes conjugaux, d'alcoolisme, ainsi que de difficultés financières ou professionnelles. Les personnes âgées souffrent de solitude et de détresse liée à la perte de proches. Par ailleurs, certains groupes professionnels tels que le personnel médical d'urgence, les soignants et les forces de l'ordre sont également exposés en raison de traumatismes, de stress et d'un accès plus facile à des moyens létaux.

B. Les violences intrafamiliales, un facteur de risque majeur

La violence intrafamiliale, qu'il s'agisse de violences conjugales ou de maltraitance envers les enfants, est une réalité préoccupante à La Réunion. Les professionnels soulignent que ce phénomène est spécifique à la région. Les violences physiques sont fréquemment signalées chez les enfants. Certains professionnels, tels que les infirmières scolaires, constatent une exposition fréquente des enfants à la violence au sein de leur foyer, allant jusqu'à des agressions physiques graves. Certains enfants se retrouvent orphelins à la suite de circonstances traumatisantes. Les violences sexuelles touchent, quant à elles particulièrement les jeunes filles. Ces traumatismes ont un impact significatif sur le risque de passage à l'acte suicidaire à court terme et à moyen terme.

C. Une vulnérabilité psychique latente

Pour les professionnels interrogés, la population souffrant de troubles de santé mentale est particulièrement vulnérable. Les troubles mentaux peuvent entraîner une détresse émotionnelle intense, l'isolement et le désespoir, augmentant ainsi le risque de pensées suicidaires et de passages à l'acte. Les troubles les plus fréquemment rapportés dans la population générale sont la dépression, qui peut survenir à tout âge, ainsi que des troubles de l'adaptation, de la personnalité, etc. Bien que les troubles mentaux ne soient pas la seule cause des comportements suicidaires, ils peuvent jouer un rôle significatif en amplifiant les facteurs de risque existants tels que le stress, les problèmes relationnels et les traumatismes vécus.

D. Des bouleversements durant la pandémie de Covid19

Selon les professionnels, la crise sanitaire a amplifié les problèmes de santé mentale existants, notamment la dépression, l'anxiété et les troubles de l'identité. Les témoignages indiquent une augmentation des symptômes de détresse psychologique, accentuée par les mesures de distanciation sociale et les changements dans l'environnement familial et scolaire. La perte de liens sociaux protecteurs et le sentiment de solitude ont fragilisé les personnes les plus vulnérables, notamment les jeunes et les personnes âgées, pouvant entraîner des comportements à risque suicidaires.



AXE 3 : Représentations et facteurs culturels

Les croyances et la culture exercent une influence significative sur les comportements suicidaires. À La Réunion, la diversité culturelle et les communautés religieuses contribuent à différentes représentations et tabous associés au suicide. Il est essentiel de tenir compte de ces dimensions culturelles et religieuses lors de la mise en place de mesures de prévention. Cela permet de mieux comprendre les spécificités culturelles et de favoriser des interventions adaptées et respectueuses des différentes communautés.

A. Des tabous associés à la santé mentale

Les professionnels considèrent généralement la religion comme un facteur protecteur, en particulier chez les adultes et les personnes âgées. Cependant, plusieurs tabous ont été identifiés :

Le tabou entourant l'acte de suicide : Dans de nombreuses traditions religieuses, le suicide est strictement interdit et perçu comme un péché, ce qui influence la manière dont le suicide est perçu et offre des interprétations spécifiques sur le sens de la vie et de la mort. De plus, les convictions religieuses peuvent influencer les pratiques de deuil et les rituels funéraires, ce qui a un impact sur la manière dont les communautés apportent leur soutien aux familles touchées par un suicide.

Le tabou lié au diagnostic de troubles mentaux, en particulier la dépression, qui est souvent évoquée par les professionnels. Cette stigmatisation de la santé mentale, souvent associée à la notion de folie, pousse les individus à dissimuler leurs symptômes et à éviter de chercher du soutien.

Le tabou de la souffrance, où après un passage à l'acte suicidaire, l'entourage du suicidé ou du suicidant se concentre souvent sur la recherche de causes externes, telles que des déceptions amoureuses ou une consommation de substances, reléguant ainsi la souffrance psychique de la personne au second plan.

B. Des recours à une prise en charge par le culte religieux

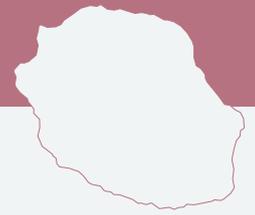
Selon les professionnels interrogés, les référents religieux jouent un rôle crucial dans la recherche de soutien et de guérison au sein de certaines

communautés. Ils sont considérés comme des sentinelles de la prévention, offrant une écoute attentive et des conseils spirituels.

Cependant, pour certains professionnels, le recours exclusif au culte ou à la prise en charge par la communauté peut poser des problèmes s'il ne s'accompagne pas d'une intervention médicale parallèle. Des infirmières ont souligné que cela pouvait entraîner une absence de prise en charge globale et constituer un obstacle majeur à l'intervention psychiatrique. Toutefois, d'autres instances religieuses reconnaissent leurs limites et cherchent à collaborer avec les professionnels de la santé.

Globalement, certains professionnels estiment que la population réunionnaise concilie les approches religieuse et médicale dans sa prise en charge en santé mentale. Ils soulignent également l'importance de fournir aux référents religieux (prêtres, aumôniers, etc...) des informations et des ressources sur les soins en santé mentale. Cela leur permettrait d'identifier les personnes nécessitant une aide médicale et de les orienter vers les services appropriés. Ainsi, en facilitant l'accès aux soins, les référents religieux pourraient jouer un rôle essentiel dans le soutien et la prise en charge des individus en détresse psychologique au sein de leur communauté.

En termes de prise en charge, le recours à la consultation transculturelle du CHU a été fréquemment rapporté. Elle permet, selon les professionnels interrogés, de créer des liens entre les sphères culturelle et médicale. Ces consultations visent à intégrer les différences culturelles dans la prestation des soins de santé mentale, notamment en ce qui concerne les conduites suicidaires, afin d'offrir un accompagnement plus adapté aux personnes en difficultés psychologiques.



AXE 4 : Environnement sanitaire

Cet axe décrit le paysage sanitaire de La Réunion en explorant les dispositifs de prévention à l'œuvre et les acteurs impliqués dans la gestion des comportements suicidaires, tout en mettant en perspective les besoins et les limites du territoire.

A. Des dispositifs de prévention à l'œuvre et bien identifiés

Des dispositifs identifiés

Différents dispositifs de prévention des conduites suicidaires ont été évoqués lors des entretiens, tels que Vigilans, 3114, Papageno, MonParcoursPsy, la consultation transculturelle et le dispositif ERIC de l'Éducation nationale, etc. Ces initiatives reflètent la diversité des approches mises en place pour lutter contre le suicide en région et offrir un soutien adéquat aux personnes en détresse psychologique.

Un travail collaboratif à renforcer

Bien que des complémentarités aient été identifiées entre les partenaires, une partie des professionnels évoque des manques. Un premier élément fait référence à la complexité du système de soins en santé mentale qui complique la collaboration entre les acteurs impliqués, en raison de la diversité des pratiques, des cultures organisationnelles et des intérêts individuels.

Des manques et des difficultés exprimés

Le principal besoin identifié concerne la formation. Ils ont souligné l'importance des formations continues pour améliorer leurs compétences en santé mentale, y compris les experts du domaine. Par ailleurs, des difficultés liées aux ressources et aux moyens ont été mentionnées, notamment la fermeture de structures de soins, le roulement fréquent du personnel et une rémunération considérée insuffisante.

Des leviers possibles

Il est principalement recommandé d'améliorer la communication sur les ressources de prévention du suicide. Coordonner et collaborer entre les acteurs impliqués. Former efficacement les professionnels et promouvoir l'entraide des jeunes.

B. Une offre de soins à améliorer

L'offre de soins en santé mentale à La Réunion est globalement considérée comme satisfaisante. Comparativement à d'autres départements d'outre-mer et à certaines grandes villes de France hexagonale, La Réunion bénéficie d'une situation plus favorable en termes d'offre de soins en santé mentale. Cependant, la prévention du suicide fait face à plusieurs problématiques. Parmi eux, les professionnels interrogés évoquent :

- Le manque d'engagement dû à des rémunérations insatisfaisantes, ainsi qu'un manque général d'intérêt et de sensibilité envers la santé mentale.
- La nécessité d'améliorer la formation spécialisée pour faire face aux crises suicidaires.
- Le recours fréquent aux services d'urgence souvent lié avec une disponibilité limitée des structures de soins.
- Une demande croissante de soins en santé mentale qui dépasse les ressources disponibles.
- De plus, le manque de professionnels qualifiés et de structures spécialisées pour assurer une prise en charge sécurisée est une préoccupation majeure.

Afin d'améliorer l'offre de soins en région, les professionnels recommandent principalement de mettre en place des centres d'accueil de crise et des unités d'hospitalisation de courte durée pour répondre aux situations d'urgence dans la gestion des crises suicidaires. Ces structures spécialisées offriraient une prise en charge adaptée, intensive et limitée dans le temps.





Zoom sur les populations vulnérables

Principaux constats concernant les jeunes

Augmentation des cas de conduites suicidaires chez les adolescents :

Depuis 2019, le nombre d'adolescents souffrant d'idées suicidaires, de tentatives de suicide ou de conduites suicidaires a doublé. Cette hausse crée un déséquilibre entre les crises vécues par ces jeunes et les capacités d'accueil et de traitement, ce qui entraîne d'importants retards dans la prise en charge.

Une différence selon le genre est observée : avec une prédominance des filles parmi les adolescents confrontés à des problèmes de dépression et de conduites suicidaires.

Un manque de repérage des conduites suicidaires chez les garçons : les professionnels rapportent des tentatives de suicide et des comportements à risque chez les garçons souvent sous-déclarés ou mal identifiés en raison de comportement à risque (ivresses, mise en danger, etc.) qui ne sont pas reliés à leur état psychologique.

Contexte familial et traumatismes :

La maltraitance dans l'enfance, y compris les punitions corporelles violentes entraînent des conséquences néfastes telles que des traumatismes et des lacunes éducatives. Les jeunes patients présentent souvent des antécédents de traumatismes psychologiques, en particulier d'agressions sexuelles, nécessitant des interventions spécialisées, de sensibilisation et de prévention pour assurer leur bien-être et leur épanouissement.

Des leviers pour améliorer la prise en charge des jeunes :

Des préconisations afin d'améliorer la prise en charge des jeunes ont été formulées et se concentrent sur l'organisation de centres

de crise dédiés à la pédopsychiatrie, afin de répondre rapidement et spécifiquement aux situations critiques et offrir un soutien psychologique et des soins spécialisés. La formation des professionnels de santé, notamment les personnels de pédiatrie et des urgences a également été mentionnée.

Principaux constats concernant les personnes âgées

Difficultés de repérage des conduites suicidaires du sujet âgé :

Les professionnels de gériatrie soulignent la difficulté de repérer les conduites suicidaires chez les personnes âgées. Les suicides et les tentatives de suicide sont souvent sous-évalués, car ils peuvent prendre des formes moins évidentes. Le syndrome de glissement, où le patient se laisse mourir progressivement, et les critères spécifiques appliqués aux personnes âgées contribuent à cette sous-évaluation. La distinction entre la volonté suicidaire et les troubles du comportement est complexe, et les signes tels que l'état mélancolique peuvent ne pas être correctement détectés. De plus, l'utilisation du terme « suicide » implique généralement une action active pour mettre fin à sa vie, alors que chez les personnes âgées, le suicide se manifeste souvent de manière passive, un aspect souvent négligé.

Principal levier d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées :

création d'une structure de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dédiée à la géro-psycho-geriatrie, comprenant 12 lits et un binôme gériatre-psycho-geriatre. L'objectif est de prendre en charge les personnes qui sont sur le point de passer à l'acte, afin de prévenir les comportements suicidaires.



RÉFÉRENCES SUR LA THÉMATIQUE DU SUICIDE

Pour le volet national :

Les principaux sites consultés pour la recherche sont les suivants :

- Observatoire National du Suicide (ONS) ;
- Ministère des solidarités et de la santé ;
- Santé publique France.

Les recherches ont été complétées par l'exploitation des sites Infosuicide.org et l'archive de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP).

Pour les volets locaux :

Ce travail s'est basé sur le dossier documentaire « Suicides et tentatives de suicide » de l'ORS Océan Indien de 2020, il a ensuite été mis à jour. Les principaux sites consultés sont les suivants :

- ARS La Réunion, ARS Mayotte et « Nos îles, notre santé » ;
- L'archive de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) ;
- Dumas, Thèses ;
- ScienceDirect, PubMed.

Les principaux médias consultés sont les suivants :

- Antenne Réunion ;
- Imaz Press Réunion ;
- Journal de l'île de La Réunion ;
- Réunion La Première ;
- Zinfos 974.

Travaux réalisés à l'ORS La Réunion :

[1] Louacheni C. **Santé mentale et bien-être chez les adolescents à La Réunion en 2021 - Infographie** [en ligne] ORS La Réunion. Mai 2023. <https://www.ors-reunion.fr/sante-mentale-et-bien-etre-chez-les-adolescents-a-la-reunion-en-2021.html> (consulté le 27/06/2023)

[2] Louacheni C. **Suicide et tentatives de suicide à La Réunion - Infographie** [en ligne] ORS La Réunion. Février 2023. <https://www.ors-reunion.fr/suicide-et-tentatives-de-suicide-a-la-reunion-infographie-612.html> (consulté le 27/06/2023)

[3] Louacheni C. **Les conduites suicidaires chez les lycéens à La Réunion – Infographie** [en ligne] ORS La Réunion. Septembre 2022. <https://www.ors-reunion.fr/les-conduites-suicidaires-chez-les-lyceens-a-la-reunion-infographie.html> (consulté le 27/06/2023)

Travaux réalisés sur La Réunion :

[1] Santé publique France. **Santé mentale et COVID-19 : conduites suicidaires à La Réunion** [en ligne] Bulletin de santé publique, février 2023. Santé publique France, 2023 : 28 p. (Consulté le 27/06/2023) <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/506375/3768526?version=2>

[2] Flourey E, Merceron S. **Enquête Santé à La Réunion en 2019 - La dépression : un Réunionnais sur dix concerné** [en ligne] INSEE Analyses Réunion n°59, 2021, pp.1-4. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5400113#consulter> (consulté le 6 août 2021)

[3] Observatoire National du Suicide (ONS). **Suicide : Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4^{ème} rapport** [en ligne]. Paris : DREES ; 2020. 268p. https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf (consulté le 6 août 2021)

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des professionnels pour leur participation aux entretiens individuels ou aux *focus groups*. Nous avons apprécié votre disponibilité, votre motivation, votre implication dans ce projet d'étude.

Nous tenons à remercier également Mme Vanessa LAURENT (Fnors) pour la réalisation de cette maquette.



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
La Réunion

12 Rue Colbert
97400 Saint-Denis

www.ors-reunion.fr / contact@ors-reunion.fr

Observatoire National du Suicide

[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



Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe
Enceinte du GIP RASPEG, Imm. le Squale, Rue René Rabat
Houelbourg Sud II - 97122, Baie-Mahault
www.orsag.fr / info@orsag.fr



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 Régional de la Santé de Martinique
Galerie commerciale de l'Espace Cluny - 97233 Schoelcher
www.ors-martinique.org / ors.martinique@wanadoo.fr



Observatoire Régional de la Santé de Mayotte
608 route de Vahibé - Dépt. 03 - 97605 Mamoudzou
www.ors-mayotte.org / contact@ors-mayotte.org



Observatoire Régional de la Santé de La Réunion
12 Rue Colbert 97400 Saint-Denis
www.ors-reunion.fr / contact@ors-reunion.fr



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

Observatoire National du Suicide
[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

MARS 2024