

## CONDUITES SUICIDAIRES ET ACTIONS PRÉVENTIVES EN GUYANE

### SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Introduction p.2 Décès par suicide (Source : CépiDc) p.3 Hospitalisations pour tentatives de suicide (Source : PMSI-MCO) p.5 Un territoire...des territoires p.7 Passages aux urgences pour tentatives de suicide (Source : Oscour®) p.9 Le programme « Bien-être des populations de l'intérieur de Guyane (BEPI) p.12 Prévention p.19 Préconisations nationales de prévention p.20 Actions régionales de prévention p. 20 Méthodologie p.21 Pour en savoir plus p.21 Sigles, remerciements et contacts p.22

### EDITO, Clara de Bort, Directrice générale de l'ARS Guyane

Politiquement et culturellement très sensible, la question du suicide en Guyane était jusqu'il y a peu largement méconnue. Apparemment moins fréquentes mais touchant principalement des jeunes, très inégalement réparties sur le territoire, apparaissant en « grappes » chez les populations amérindiennes, sous-repérées, sous-diagnostiquées, les conduites suicidaires exigent, en Guyane peut-être plus qu'ailleurs, un travail pluridisciplinaire et des interventions multimodales.

Ce BSP tente de faire le point sur l'état des connaissances du phénomène en réunissant de nombreuses sources de données. Il présente aussi un programme exemplaire de promotion et de prévention de la santé, le programme BEPI (bien-être des populations de l'intérieur) qui vise à renforcer les facteurs protecteurs du suicide. Renforcer en premier lieu les capacités à agir des habitants à travers la gouvernance elle-même du programme et à travers les micro-projets conçus par eux, suscités, accompagnés, et facilement financés via un partenariat ARS-Groupe SOS.

Mais il faut encore développer les connaissances, remédier au sous-repérage, et outiller les professionnels et acteurs de terrain. C'est la raison pour laquelle l'ARS a installé en septembre 2020 un centre de ressources et de prévention du suicide (CRPS). Chargé de concevoir et animer un Observatoire régional du suicide, déployer les formations en prévention suicide, déployer le dispositif Vigilans, et mettre en place une équipe mobile d'intervention de crise, le CRPS est appelé à rapidement devenir un dispositif clé dans l'appréhension et la prévention des conditions suicidaires en Guyane.

### POINTS CLÉS EN REGION

**Les taux de mortalité par suicide et d'hospitalisations pour tentatives de suicide en Guyane sont parmi les plus faibles de France, inférieurs de plus de 20% aux taux nationaux :**

- Taux de mortalité par suicide de 8,6 suicides pour 100 000 habitants (*versus* 15,6 au niveau national) en 2015 et taux d'hospitalisation pour TS de 37,1 pour 100 000 habitants (*versus* 148 pour 100 000) en 2017.
- Cependant, la tendance est à la hausse pour le taux annuel de mortalité par suicide, passé de 5,9 en 2001 à 8,6 pour 100 000 habitants en 2015, contrairement à ce qui est observé nationalement et aux Antilles.
- De 2013 à 2015, les suicides représentaient 2,5% des décès toutes causes confondues contre 1,6% au niveau national.
- Contrairement au niveau national et aux autres DOM, les suicides en Guyane concernent davantage les jeunes et ont une létalité plus élevée qu'en métropole en cas d'hospitalisation.

**Disparités territoriales entre le littoral et les communes de l'intérieur :**

- Le taux de suicide était 4 fois plus élevé dans les communes de l'intérieur que sur le littoral (15 contre 4/100 000).

**Intervention innovante, le programme BEPI : « Bien-être des populations de l'intérieur de Guyane » :**

- Programme de promotion de la santé et d'interventions communautaires afin d'améliorer le bien-être des populations de l'intérieur de la Guyane en renforçant les facteurs protecteurs contre les conduites suicidaires.

**Mise en place d'un centre de ressources prévention suicide (CRPS)**

- Ce centre, animateur de réseaux, porte 4 axes stratégiques : Observatoire régional du Suicide, Formation et Information, Dispositif Vigilans, Equipe mobile d'intervention de crise.

## INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, la prise en compte du suicide comme véritable problématique de santé publique a conduit à l'élaboration de plans d'actions dans plusieurs pays européens. D'après le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la prévention du suicide, publié en 2014, la France se situe parmi les pays de l'Union européenne (UE) enregistrant le taux de suicide le plus élevé (10<sup>ème</sup> place parmi les 27 pays de l'UE en 2012) (1).

Depuis les années 2000, la France s'est dotée d'une stratégie nationale d'action face au suicide complétée par deux plans « psychiatrie et santé mentale » puis avec l'élaboration d'un programme national d'action contre le suicide 2011-2014 (2–5). En 2013, la volonté d'agir contre le suicide a été réaffirmée par le Ministère des Affaires sociales et de la santé avec la création de l'Observatoire national du suicide (ONS) copiloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et Santé publique France avec pour missions de coordonner et améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide (TS), et de produire des recommandations notamment en matière de prévention. La feuille de route Santé mentale et Psychiatrie de juin 2018 confirme dans son axe 1 les actions de promotion du bien être mental, de prévention et repérage précoce de la souffrance psychique, et de prévention du suicide.

Les données publiées dans le rapport de l'ONS 2018 faisaient état de 9 773 décès par suicide en 2014 en France métropolitaine soit un taux standardisé sur l'âge de 14,9 pour 100 000 habitants (6). Les hommes étaient trois fois plus touchés que les femmes avec un taux de 23,1 décès pour 100 000 hommes contre 6,7 décès pour 100 000 femmes. Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, surtout chez les hommes. Cependant, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes des deux sexes que chez les personnes âgées : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16,2 % du total des décès; à partir de 75 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès.

Les données des territoires outre-mer, et notamment des Antilles, montraient un taux de mortalité par suicide proche de celui de la Guyane avec respectivement 6 et 7 décès par suicide pour 100 000 habitants en Martinique (7) et en Guadeloupe (8). Cependant, la répartition des décès par suicide selon l'âge est différente entre la Guyane et les Antilles, en effet, en Guyane cela concerne majoritairement les jeunes, tandis qu'aux Antilles ce sont les classes d'âges des 40-49 et 55-59 ans les plus touchées.

Les spécificités de ce sujet en Guyane méritaient d'être étudiées de près : région ultra-marine insérée dans le continent latino-américain, formée de populations très différentes, dans un contexte économique et social globalement peu favorable, dotée d'une offre de soins limitée, la Guyane a de bonnes raisons d'avoir des indicateurs préoccupants. Ceci d'autant que les populations amérindiennes notamment connaissent des recrudescences cycliques de suicides comme décrit au sein de nombreuses populations autochtones.

L'objectif de ce travail est de faire **un état des lieux régional avec plusieurs sources de données** :

- **La mortalité par suicide en 2015 (CépiDc-Inserm) parmi la population des 10 ans et plus résidant dans la région;**
- **Les séjours hospitaliers** pour tentatives de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) (**PMSI-MCO**) en 2017, parmi la population des 10 ans et plus et résidant dans la région :
- Les recours pour tentative de suicide des 10 ans et plus **aux structures d'urgences** implantées dans la région et adhérent à Oscour® en 2018,
- Les observations des tendances des consultations en centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), qui ont en charge les populations de l'intérieur

Il présente aussi **des initiatives prometteuses** visant à créer un environnement favorable pour des populations particulièrement touchées, dans une optique d'augmentation des facteurs protecteurs vis-à-vis du risque suicidaire.

Ce travail a été élaboré dans le cadre d'un Groupe d'échange de pratiques professionnelles de Santé publique France dont un des objectifs est d'assurer une méthodologie partagée en région pour la mise à disposition de données comparables.

(1) World Health Organization. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015

(2) Direction générale de la santé. Stratégie nationale d'action face au suicide 2000/2005 [Internet]. 2000. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nat-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat-2.pdf)

(3) Direction générale de la santé. Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [Internet]. 2005. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)

(4) Ministère des Affaires sociales et de la santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. 2012. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)

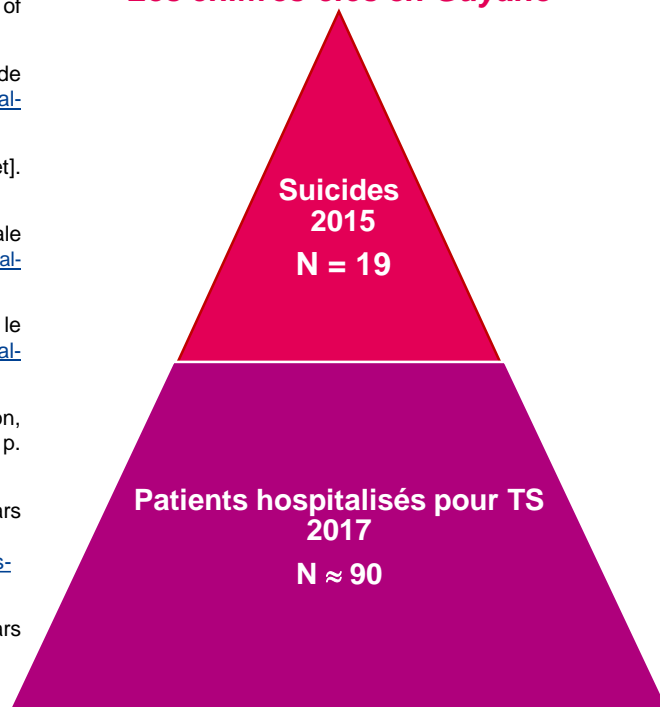
(5) Ministère des Affaires sociales et de la santé. Programme national d'action contre le suicide [Internet]. 2011. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme\\_national\\_de\\_lutte\\_contre\\_le\\_suicide.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf)

(6) Observatoire national du suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3e rapport. Paris : Drees, 2018 : 221 p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>

(7) Bulletin de santé publique-conduites suicidaires en Martinique. Mars 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-conduites-suicidaires-en-martinique.-mars-2019>

(8) Bulletin de santé publique-conduites suicidaires en Guadeloupe. Mars 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-conduites-suicidaires-en-guadeloupe.-mars-2019>

### Les chiffres-clés en Guyane



# DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : CÉPIDC)

## Données issues du CépiDc - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

Les données de **mortalité** sont issues des causes médicales de décès, établies à partir des certificats de décès. Les analyses réalisées par l'Inserm-CépiDc et par Santé publique France montrent l'aspect multifactoriel des facteurs de risque de suicide, incluant des dimensions d'âge et de sexe.

### Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité et exhaustivité des données

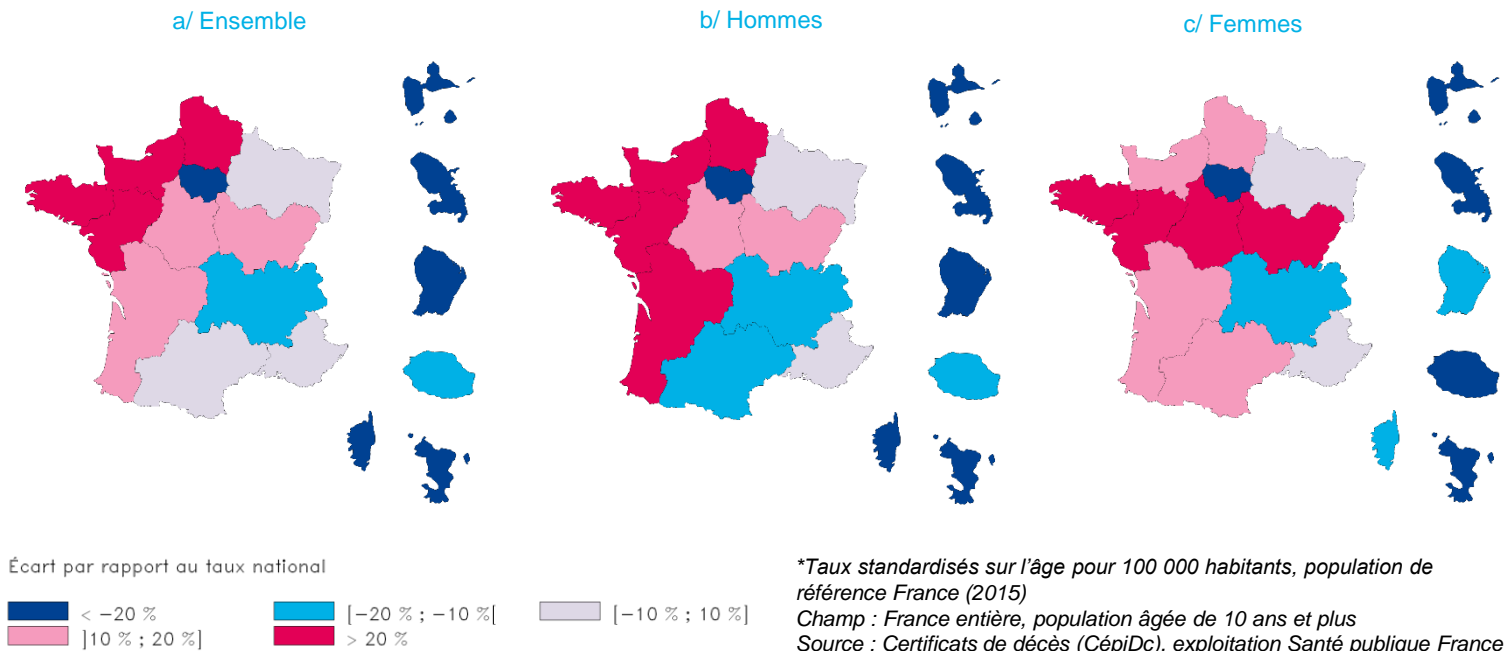
La sous-évaluation de la mortalité par suicide avait été estimée en 2006 à 10% au niveau national, avec de fortes variations [Source : [rapport de l'ONS, 2016](#)]. En Guyane, aucune étude n'a évalué la sous-déclaration des suicides. Dans ce contexte, les indicateurs doivent être interprétés avec prudence.

### Mortalité par suicide des 10 ans et plus, en Guyane en 2015

En 2015, 19 personnes résidant en Guyane se sont suicidées et 63 % d'entre elles étaient des hommes (n=12). En 2013 et 2014, ce nombre était respectivement de 19 et 15 décès par suicide.

Avec un taux standardisé de **8,6 suicides pour 100 000 habitants contre 15,6 à l'échelle nationale, soit une sous-mortalité par suicide de -45%**, la Guyane se situe parmi les régions les moins touchées. Chez les hommes (11,2 pour 100 000) comme chez les femmes (6,1 pour 100 000), les taux de suicide en Guyane étaient également parmi les plus faibles de France, avec une sous-mortalité moins marquée chez la femme (-12%) que chez l'homme (-57%) par rapport à la France entière (Figure 1).

Figure 1 : Écart des taux régionaux de mortalité par suicide standardisés\* sur l'âge (pour 100 000 habitants) par rapport à la France entière, 2015



### Evolution temporelle de 2000 à 2015

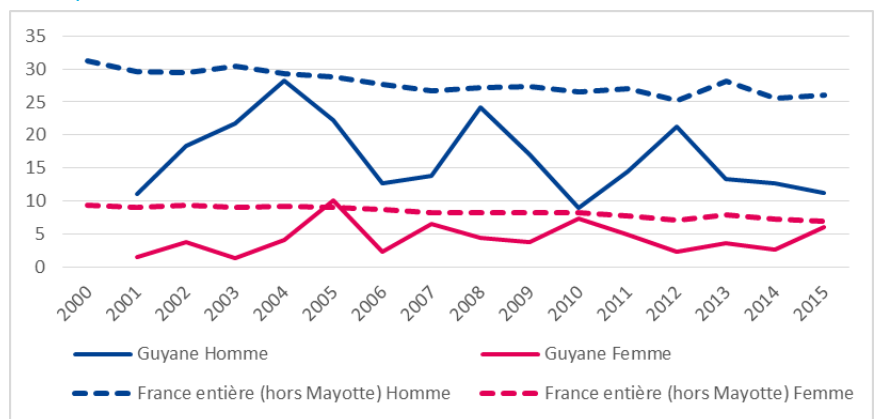
Entre 2001 et 2015, le taux standardisé de suicide a augmenté de 54% passant de 5,9 à 8,6 pour 100 000 habitants en Guyane, oscillant entre 5,9 et 16,2 selon les années. Cette tendance est inverse à celle observée à l'échelle de la France entière.

Une tendance à la hausse est observée chez les femmes avec un taux standardisé passant de 1,6 pour 100 000 habitants en 2001 à 6,1 en 2015, soit une augmentation de 381%.

Tandis que chez les hommes, le taux de mortalité par suicide est resté stable à 11,2 pour 100 000 habitants, avec cependant des pics observés en 2004, 2008 et 2012 et des taux respectifs de 28,2 pour 10<sup>5</sup>; 24,2 pour 10<sup>5</sup> et 21,2 pour 10<sup>5</sup> (Figure 2).

Bien qu'inférieure à celle des hommes, la tendance de la mortalité par suicide chez la femme reste préoccupante en Guyane.

Figure 2 : Evolution des taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants), standardisés\* sur l'âge, par sexe en Guyane et en France métropolitaine, 2000-2015



# DÉCÈS PAR SUICIDE

## Répartition par sexe et âge

En France, le taux de décès par suicide est plus élevé chez les hommes et chez les personnes âgées.

En Guyane, entre 2013 et 2015, 53 décès par suicide ont été enregistrés; les hommes représentaient 69,8% (37/53) des suicides et étaient majoritaires (données brutes) dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 20-24 ans.

**En termes d'âge, les 15-19 ans représentaient la part des suicides la plus importante (24,5%, n=13).** Les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient quant à elles 3,8% des suicides (n=2) (Figure 3). Contrairement à la métropole ou aux autres DOM, les jeunes sont les classes d'âge les plus touchées. Ceci peut être le reflet d'une population Guyanaise très peu âgée; les 60 ans et plus ne représentant que 7,4% de la population [Source Insee.fr].

**De plus, la proportion de suicides parmi les décès toutes causes était également importante chez les jeunes puisque le suicide concernait plus de 2 décès sur 10 chez les 15-19 ans (23,6%) et 1 décès sur 10 chez les 20-29 ans (entre 9,5% et 13,1%) (Tableau 1).** Passé 40 ans, le suicide ne représentait plus qu'un à trois décès sur 100 (entre 0,5% et 3,1%). **Entre 2013 et 2015, les suicides ont représenté 2,5% (53/2158) des décès toutes causes confondus contre 1,6% (27 467) au niveau national.**

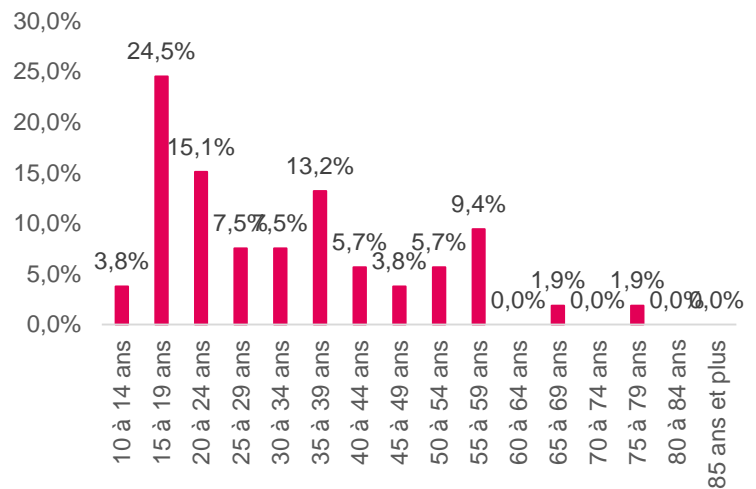
La différence avec le niveau national est davantage marquée chez les femmes que chez les hommes. En effet, chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 3,0% (37/1 254) dans la région contre 2,5% (n=20 759) au niveau national. Chez les femmes, elle était de 1,8% (n=16) contre 0,8% (n=6 708) au niveau national (tableau 1).

## Modes de suicide

**Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Guyane était la pendaison (67,9% versus 56,6%) et ceci aussi bien chez les hommes (70,3%) que chez les femmes (62,5%) (Tableau 2).**

Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (18,9%), jamais enregistré chez les femmes. Tandis que chez les femmes il s'agissait de l'auto-intoxication par d'autres produits (37,5%), nettement plus utilisé que chez les hommes.

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale en Guyane, 2013-2015 (n=53)



Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

Tableau 1 : Part des décès par suicide parmi les décès toutes causes chez les hommes et chez les femmes en Guyane, 2013-2015

	Ensemble (n=53)	Femmes (n=16)	Hommes (n=37)
	%	%	%
10 à 14 ans	6,5%	0,0%	9,1%
15 à 19 ans	23,6%	30,8%	21,4%
20 à 24 ans	13,1%	31,3%	6,7%
25 à 29 ans	9,5%	0,0%	11,8%
30 à 34 ans	6,2%	8,7%	4,8%
35 à 39 ans	11,1%	13,6%	9,8%
40 à 44 ans	3,1%	0,0%	4,7%
45 à 49 ans	1,7%	0,0%	3,0%
50 à 54 ans	2,2%	1,9%	2,4%
55 à 59 ans	3,0%	2,0%	3,3%
60 à 64 ans	0,0%	0,0%	0,0%
65 à 69 ans	0,5%	0,0%	0,8%
70 à 74 ans	0,0%	0,0%	0,0%
75 à 79 ans	0,6%	0,0%	1,0%
80 à 84 ans	0,0%	0,0%	0,0%
85 ans et plus	0,0%	0,0%	0,0%
Total	2,5%	1,8%	3,0%

Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

Tableau 2 : Part des modes des suicides chez les hommes et chez les femmes, 2013-2015, Guyane

Mode de suicide	Ensemble	Femmes	Hommes
	n	%	%
Auto-intoxication médicamenteuse	0	0%	0%
Objet tranchant	0	0%	0%
Auto-intoxication par d'autres produits	8	15,1%	37,5%
Pendaison	36	67,9%	62,5%
Saut dans le vide	1	1,9%	0%
Arme à feu	7	13,2%	0%
Noyade	0	0%	0%
Collision intentionnelle	0	0%	0%
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0	0%	0%
Mode non précisé	2	3,8%	0%

Note : les modes ne sont pas exclusifs. Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

## HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : PMSI – MCO)

### Données issues du PMSI-MCO - Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir une vision complète du phénomène car elles n'incluent pas les hospitalisations en services de psychiatrie et ne donnent pas d'informations sur les TS non hospitalisées. Cependant, elles présentent l'avantage d'être collectées en routine et de permettre des comparaisons.

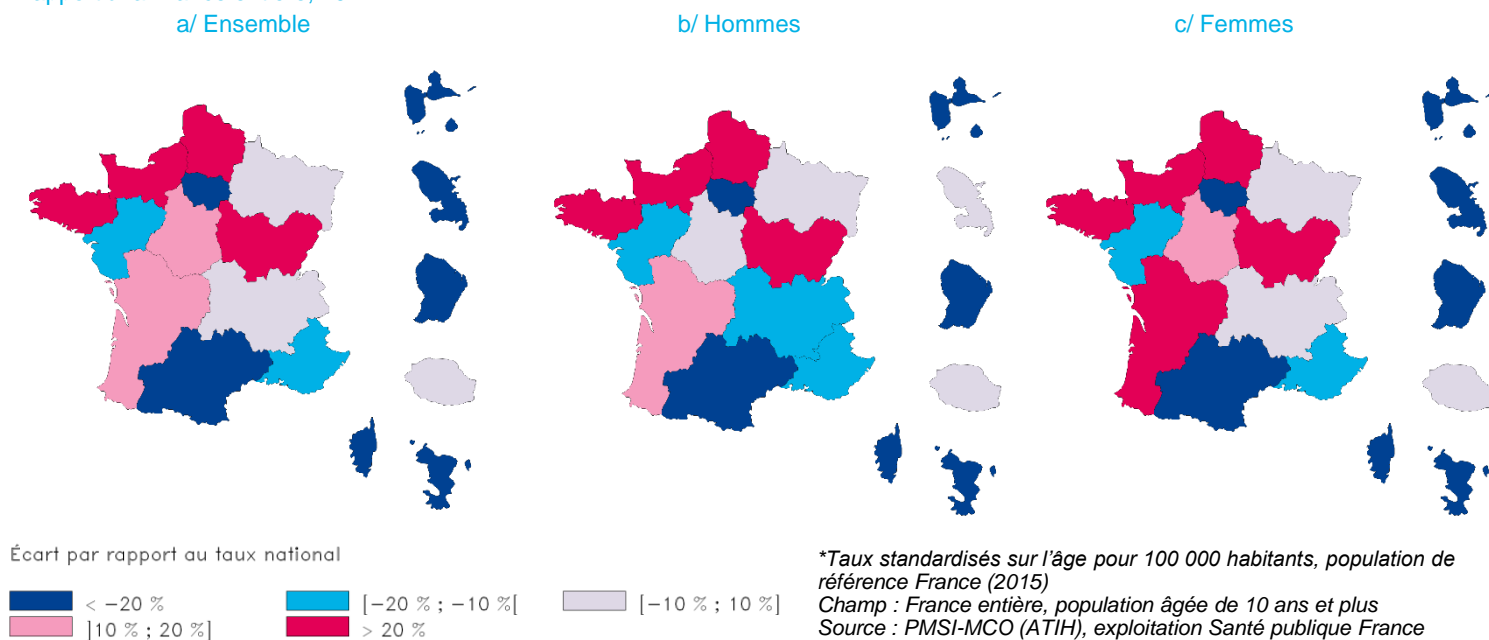
Les effectifs parfois faibles dans certaines catégories doivent conduire à interpréter les données avec prudence.

### Hospitalisations pour tentatives de suicide des 10 ans et plus, Guyane

Entre 2008 et 2017, **126 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en moyenne chaque année** chez des personnes résidant en Guyane, variant entre 44 et 214 séjours par an. Parmi eux, 98 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de la région.

Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de 37,1 pour 100 000 habitants en 2017, **la région Guyane se situe nettement au-dessous du taux national** (148,0 pour 100 000 habitants). Avec Mayotte, la Guadeloupe, la Martinique et la Corse, elle présente un taux d'hospitalisation des plus bas et un différentiel négatif par rapport au taux national (<-20%) (Figure 1).

Figure 1 : Ecart des taux régionaux d'hospitalisation pour tentative de suicide standardisés\* sur l'âge (pour 100 000 habitants) par rapport à la France entière, 2017

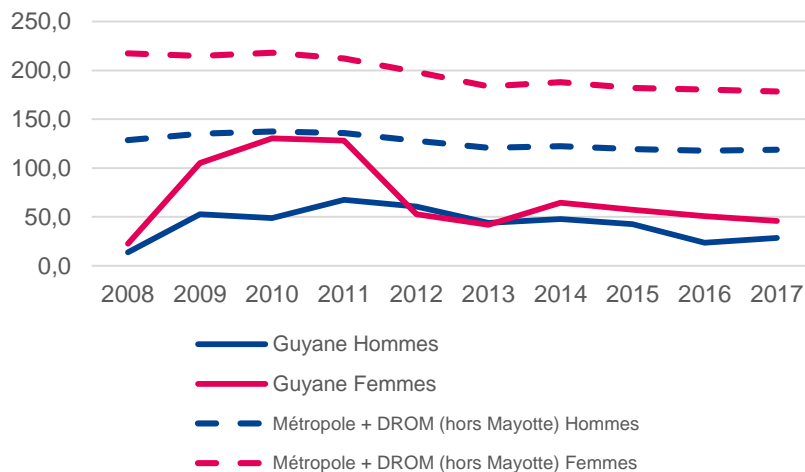


### Evolution temporelle

A l'échelle nationale, le taux d'hospitalisation pour TS est en diminution depuis 2010.

**En Guyane, une tendance globale à la baisse est observée chez les hommes à partir de 2012 et chez les femmes à partir de 2014** (Figure 2).

Figure 2 : Evolution des taux annuels de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide (pour 100 000 habitants), standardisés\* sur l'âge, par sexe en Guyane et en France métropolitaine, 2008-2017



\*Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)  
Champ : Guyane, population âgée de 10 ans et plus  
Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

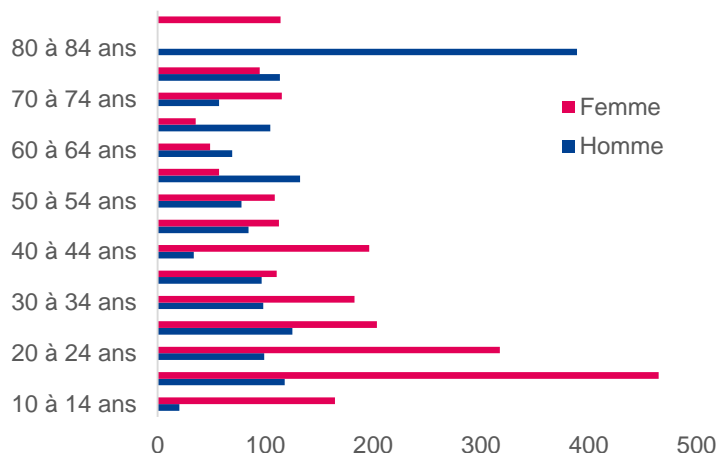
## HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE

### Répartition par sexe et âge

Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient près de 70 % (206/294) des hospitalisations pour TS entre 2015 et 2017 en Guyane.

Pendant cette période, **le taux d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans** (465 pour 100 000), comme en métropole. Chez les hommes, le taux le plus élevé s'observait chez les 80-84 ans (389 pour 100 000) contre les 40-44 ans en métropole. Le second taux le plus élevé concernait les 20-24 ans chez les femmes (318 pour 100 000) et les 55-59 ans chez les hommes (132 pour 100 000) (Figure 3).

Figure 3 : Taux bruts des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide par sexe et âge, 2015-2017, Guyane (n=294)



Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

### Mode de tentative de suicide et létalité

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse volontaire qui concernait 50 % des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017 en Guyane, bien en deçà des valeurs observées au niveau national (80%). Parmi elles, 21,1% (n=31) correspondait à des intoxications par ingestion de paracétamol (vs 11% au niveau national). Les autres modes de TS les plus fréquents étaient les intoxications non médicamenteuses (34,4 %) puis les automutilations par objets tranchants (7,8 %) et enfin les pendaisons (1,7 %) (Tableau 1).

Au total, 7 décès ont été rapportés parmi les 294 hospitalisations, soit un taux de létalité de 24 pour 1 000 hospitalisations pour TS (*versus* 12 pour 1 000 au niveau national). Ce taux était de 45 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et de 15 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes, tout deux nettement plus élevés qu'au niveau national (respectivement de 20,21‰ et de 6,56 ‰). Le taux de létalité le plus fort était observé pour les TS auto-intoxication par d'autres produits (59,4 décès pour 1 000 hospitalisations pour TS).

### Caractéristiques des séjours hospitaliers

Parmi les 294 séjours hospitaliers enregistrés sur la période 2015-2017, 90,5% ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont. Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 68% des cas.

La durée médiane de séjour était de 1 jour pour tous âges. La durée médiane la plus forte était observée pour les 85 ans et plus (36 jours) puis les 80 à 84 ans (18 jours), comme observé pour la France entière.

La durée médiane de séjour était plus élevée pour les TS par saut dans le vide (6 jours) puis exposition aux fumées, gaz ou flammes (5 jours). Elle était de 1 jour pour les TS par intoxication médicamenteuse volontaire.

Tableau 1 : Part des modes de tentatives de suicide chez les hommes et chez les femmes, durée médiane de séjour et létalité (nombre de décès parmi les hospitalisations pour TS), 2015-2017, Guyane (N=294)

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	n	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	147	50,0%	58,3%	30,7%	1,0	0,0
Objet tranchant	23	7,8%	7,3%	9,1%	2,0	0,0
Auto-intoxication par d'autres produits	101	34,4%	28,2%	48,9%	3,0	59,4
Pendaison	5	1,7%	1,0%	3,4%	1,0	0,0
Saut dans le vide	3	1,0%	1,5%	0%	6,0	0,0
Arme à feu	0	0%	0%	0%	.	
Noyade	2	0,7%	1,0%	0%	0,5	0,0
Collision intentionnelle	0	0%	0%	0%	.	
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	1	0,3%	0,5%	0%	5,0	0,0
Mode non précisé	19	6,5%	5,8%	8,0%	5,0	52,6

Note : Les modes ne sont pas exclusifs. Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

## Un territoire...des territoires

### Etat des lieux des suicides et des tentatives de suicides dans les communes de l'intérieur de la Guyane Française

Basma Guarmit<sup>1</sup>, Aude Lucarelli<sup>2</sup>, Paul Brousse<sup>1</sup>, Emilie Mosnier<sup>1</sup>, Philippe Travers<sup>1</sup>, Mathieu Nacher<sup>2,3,4</sup>

1- Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins, Centre hospitalier de Cayenne, Cayenne, France

2- Hôpital de jour médecine polyvalente, Centre hospitalier de Cayenne, Cayenne France

3- Equipe EA3593, écosystème amazonien et pathologies tropicales, université des Antilles et de la Guyane, Cayenne France

4- Centre d'Investigation Clinique-épidémiologie clinique, CIC INSERM-1424, Cayenne France

#### Introduction

L'observatoire mondial de la santé estimait à 800 000 le nombre de suicides en 2012, soit un taux standardisé par âge de 11,4/100 000. En Guyane Française, le nombre de suicides provient essentiellement des certificats de décès rapportés par le CépiDC. Celui-ci estime à 7/100 000 le taux de décès en 2015. La majorité des cas de suicides sont enregistrés dans les communautés amérindiennes. Les populations amérindiennes autochtones des communes isolées de Guyane, sont pour la majorité, concentrées le long du fleuve Maroni (Antecum Pata et Talhuen, communautés Wayana et Téko) et le long du fleuve Oyapock (Camopi et Trois sauts, communautés Wayampi et Téko). Partant de l'hypothèse que le taux global ne capturerait pas une réalité plus contrastée, nous avons réalisé cette étude dans les communes isolées de la Guyane Française.

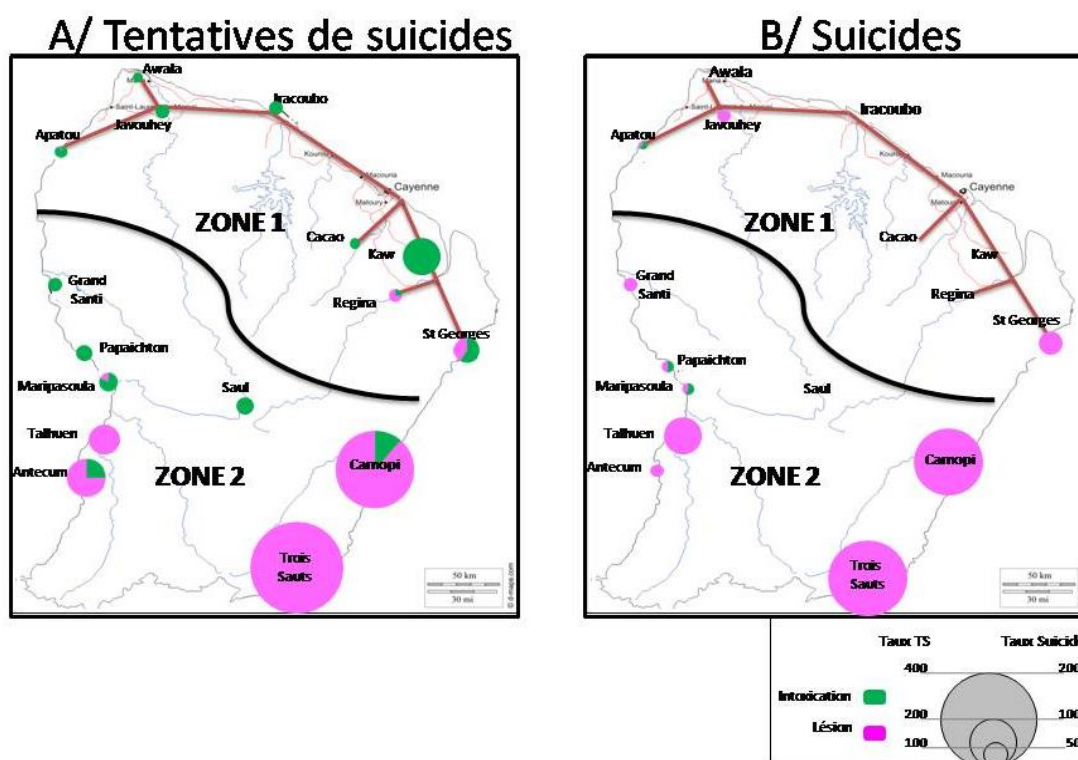
#### Matériels et méthodes

Une étude rétrospective de 2007 à 2018 a été réalisée avec inclusion de l'ensemble des patients ayant eu un recours en CDPS pour tentative de suicide (TS) ou suicide dont la mention est inscrite au dossier médical des patients. Les lieux de passage à l'acte ont été regroupés en 2 zones en fonction de leur situation géographique. Les communes sur le littoral sont regroupées en zone 1 et les communes de l'intérieur en zone 2. Les taux ont été calculés en fonction des effectifs de populations Insee.

#### Résultats

Le taux de TS en zone 1 et 2 était respectivement de 43 et 70/100 000. Les taux les plus élevés étaient en zone 2 et notamment à Trois sauts, Camopi, Antecum et Talhuen (avec des taux respectifs de 413, 265, 133 et 111 /100 000). L'âge moyen du passage à l'acte des TS était plus jeune en zone 2 qu'en zone 1 (23 versus 26 ans). Les 10-19 ans représentaient 41% des cas de TS. Le mode opératoire des TS chez les femmes en zone 2 était principalement la pendaison où Camopi, Trois Sauts, Antecum et Talhuen concentraient 77% des cas de TS par pendaison. Chez les hommes les TS se font dans 71% des cas, par pendaison.

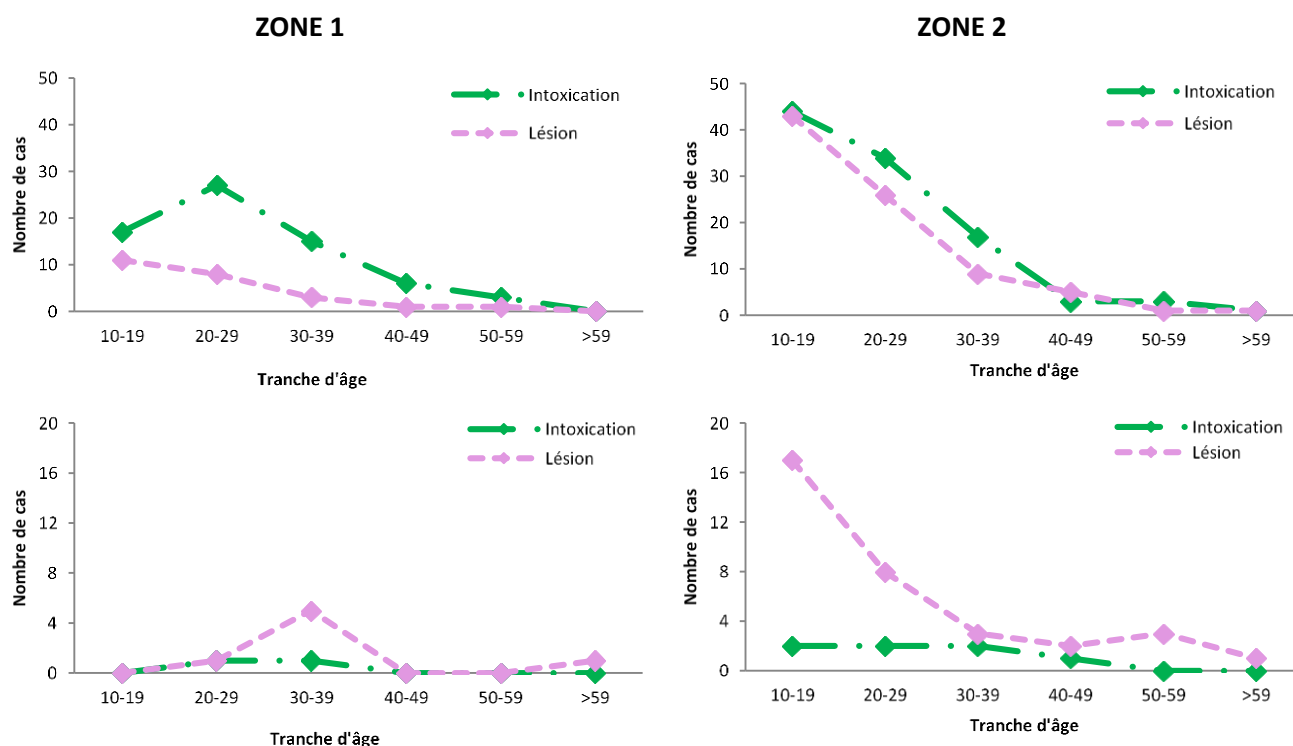
Figure 1 : A/Taux de TS pour 100 000 habitants/an. B/ Taux de suicides pour 100 000 habitants/an



## Un territoire...des territoires

Le taux de suicide était 4 fois plus élevé en zone 2 qu'en zone 1 (15 contre 4/100 000). Les taux de suicide les plus élevés étaient retrouvés sur Trois Sauts, Camopi et Talhuen avec respectivement 138,113 et 42/100 000. Le taux de suicide standardisé par âge était de 42/100 000 chez les 10-19 ans. Les suicides étaient à 82% lésionnels (72% par pendaison et 10% par arme à feu). Les suicides par intoxications représentaient 18% des cas (**exclusivement par absorption de paraquat**). La létalité globale des passages à l'acte était de 15%.

**Figure 2: Les tentatives de suicide et les suicides par tranche d'âge et mode opératoire**



## Conclusion

Cette étude met en évidence des disparités régionales/ethniques à l'intérieur même de la Guyane Française. Elle révèle des foyers à haut risque, où le taux de suicide était jusqu'à 8 fois plus élevé que ceux rapportés en France métropolitaine, le taux de TS était quant à lui 2 fois supérieur.

La vulnérabilité des populations autochtones, et notamment des plus jeunes est un enjeu de santé publique où les programmes interdisciplinaires semblent être une nécessité afin de mieux comprendre les réalités et mieux agir.



# PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : OSCOUR®)

## Données issues d'Oscour® - Organisation coordonnée de la surveillance des urgences

L'analyse des tentatives de suicide (TS) présentée ci-dessous a été réalisée à partir des résumés des passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant au réseau Oscour®. Il repose sur des regroupements syndromiques, correspondant à des codes diagnostiques (CIM-10) (« diagnostic principal » et « associés »).

Depuis 2017 en Guyane, la couverture régionale en terme d'établissements est exhaustive, cependant la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis est hétérogène entre établissements en 2018 : 2 d'entre eux codant à plus de 98%, le troisième seulement à 50%.

Le regroupement syndromique « Geste suicidaire », correspondant aux codes diagnostics de la 10<sup>ème</sup> Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 1. Ce regroupement est appliqué pour les recours aux urgences de personnes âgées de 10 ans et plus, pour lesquelles il existe un consensus sur l'intentionnalité des gestes suicidaires.

Tableau 1 : Composition (codes CIM-10) du regroupement syndromique Oscour® « Geste suicidaire », 2018

Catégorie	Codes CIM-10	Libellés diagnostiques
regroupement syndromique « Geste suicidaire »	X60-X64, X66-X84	Auto-intoxications et lésions auto-infligées
	T39	Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatisants
	T42	Intoxication par anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et anti-parkinsoniens
	T43	Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs
	T50	Intoxication par diurétiques et médicaments et substances biologiques, autres et sans précision
	T60	Effet toxique de pesticides
	T71	Asphyxie
	Y870	Séquelle de lésion auto infligée

Sources : CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10<sup>ème</sup> version) - Oscour®, (Santé publique France)

## PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE

### Description des recours aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus, en 2018 en Guyane

#### • Répartition temporelle des passages aux urgences pour TS

En 2018, 279 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les 3 SU de Guyane, soit moins de 1 recours quotidien et près de 3 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes. Le nombre de passages pour TS varie entre 15 et 30 passages par mois en Guyane.

Parmi les passages aux urgences pour TS, 22% (n=62/279) sont enregistrés un dimanche (Figure1), jour où le nombre de passages toutes causes confondues est le plus faible.

L'analyse comparative de la répartition temporelle des recours pour TS et des recours toutes causes confondues met en évidence une augmentation des passages aux urgences pour TS en mai 2018 et une nette baisse en décembre (Figure 1bis) alors que la tendance des passages aux urgences toutes causes reste relativement stable.

Figures 1, 1bis et 1ter : Répartitions quotidienne, mensuelle et horaire de la part des recours toutes causes et pour tentative de suicides dans les structures d'urgences (SU) de Guyane participant au réseau Oscour®, 2018



Champ : Population âgée de 10 ans et plus ; Source : Oscour® (Santé publique France)

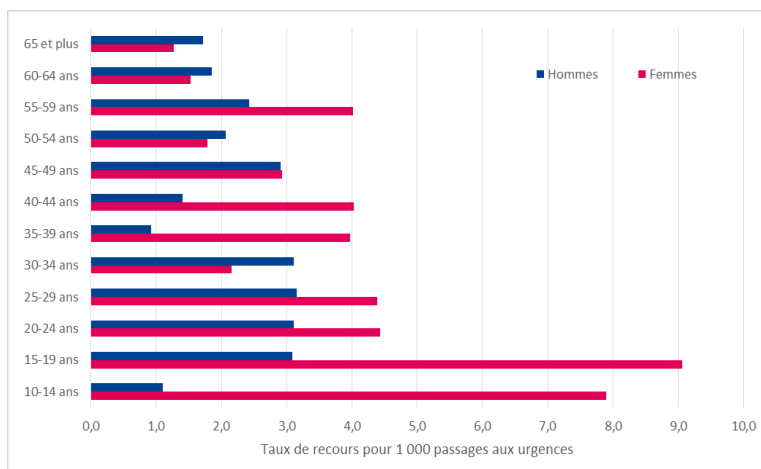
## • Caractéristiques socio-démographiques

Les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (71 %, n=198) et dans une moindre mesure, un recours aux urgences plus fréquent que les hommes puisque le sex-ratio H/F est de 0,76 pour les recours toutes causes confondues.

Le taux de passages aux urgences pour TS (proportion de passages aux urgences pour TS parmi les passages toutes causes confondues) était plus élevé chez les femmes que chez les hommes dans 3/4 des classes d'âges, avec 2 pics en particuliers chez les pré-adolescentes (10-14 ans) et chez les adolescentes (15-19 ans) (Figure 2). Le nombre brut de passages pour TS chez les femmes varie entre 2 et 51 passages selon la classe d'âge.

Chez les hommes, le taux de recours pour TS le plus élevé est celui des adolescents (15-19 ans) et jeunes adultes (20-34 ans), où il avoisine les 3% (Figure 2). Le nombre brut quant à lui, varie de 3 à 11 passages pour TS chez les hommes.

Figure 2 : Taux de recours pour tentative de suicide pour 1 000 passages toutes causes confondues par classe d'âges et par sexe, SU de Guyane, 2018



Source : Oscour® (Santé publique France)

## • Modes de tentatives de suicide

Huit recours pour TS sur 10 (80%) résultaient d'intoxications médicamenteuses (63%) ou non médicamenteuses (17%) (Tableau 2).

Les auto-intoxications médicamenteuses étaient le mode de TS le plus fréquent quel que soit le sexe (62% chez les femmes et 61% chez les hommes). Le second mode de TS le plus fréquent étaient les auto-intoxications non médicamenteuses chez les femmes et la pendaison chez les hommes.

Les auto-intoxications médicamenteuses représentaient 100% des TS (n=9) chez les 60-69 ans, aucune TS parmi les 75 ans et plus, tandis qu'elles variaient entre 50% et 91% pour les autres classes d'âges.

Parmi les intoxications médicamenteuses :

- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants (T39) représentaient 15% (26/176) des passages pour TS et parmi elles, 73% (19/26) étaient des intoxications par le paracétamol (T391);

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 : T42) représentaient 14 % (25/176) et parmi elles 96% (24/25) étaient des intoxications aux benzodiazépines (T424);

- les autres psychotropes (T43) représentaient 13 % (22/176) ;

Ces résultats sont non mutuellement exclusifs certaines intoxications pouvant être polymédicamenteuses.

Les modes de TS violents (pendaisons, armes à feu, sauts dans le vide ou collisions...), parce qu'ils sont mortels le plus souvent, sont relativement rares dans les recours aux urgences pour TS.

Tableau 2 : Modes de tentative de suicide selon le sexe, Guyane, passages aux urgences, 2018

Modes de TS	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
Auto-intoxication médicamenteuse	126 (62%)	50 (61%)	176 (63%)
Objet tranchant	22 (11%)	8 (10%)	30 (11%)
Auto-intoxication par d'autres produits	39 (19%)	9 (11%)	48 (17%)
Pendaison	8 (4%)	12 (15%)	20 (7%)
Saut dans le vide	4 (2%)	3 (4%)	7 (3%)
Arme à feu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Noyade	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
Collision intentionnelle	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	3 (1%)	0 (0%)	3 (1%)

Champ : Population âgée de 10 ans et plus - Source : Oscour® (Santé publique France)

## • Provenance et orientation des recours aux urgences pour Tentatives de suicide

Lorsque la provenance était renseignée (78% des recours, n=219), la TS avait eu lieu au domicile ou dans l'espace public dans la quasi-totalité des recours (99%, n=217). Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, SMUR, VSAB) dans près de 64% des cas et 35% avait un mode de transport personnel.

Lorsque le mode de sortie des urgences était renseigné (92% des recours, n=257), **près de 1 suicidant sur 3 (38%) a été hospitalisé**, les autres étant retourné à domicile. Les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement (84%, n=81) réalisées en MCO (services de médecine-chirurgie-obstétrique) et seuls 16% en unités psychiatriques. La moitié (50%, n=40) des hospitalisations pour lesquelles l'orientation était renseignée (84%, n=81) étaient effectuées en médecine interne et 46% (n=37) en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Seul 1 passage a été admis en service de soin continu et aucun en service de réanimation ou de soin intensif.

## • Principales caractéristiques des récurrences de TS identifiées du 01/01/2018 au 30/06/2019

Afin d'identifier les récurrences des TS parmi les passages aux urgences, un identifiant a été créé en cas de recours multiples pour TS pour un même patient sur une période d'étude de 18 mois (01/01/2018 au 30/06/2019). Les taux et délais de récurrence à 6 mois présentés dans l'analyse ci-dessous ont été calculés à la première récurrence enregistrée sur la période d'étude.

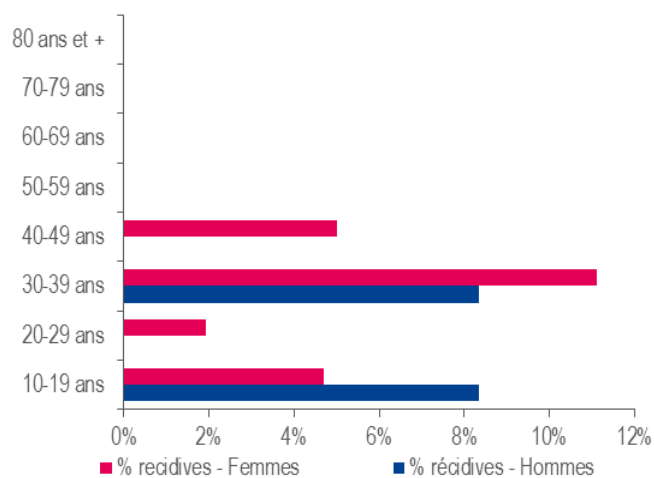
**Au total, 267 recours aux urgences pour TS, correspondant à 255 patients résidant en Guyane ont été recensés du 1er janvier au 31 décembre 2018.**

Parmi ces patients, 10 ont réitéré au moins une fois leur geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour TS en 2018, soit un **taux de récurrence régional de 4%**.

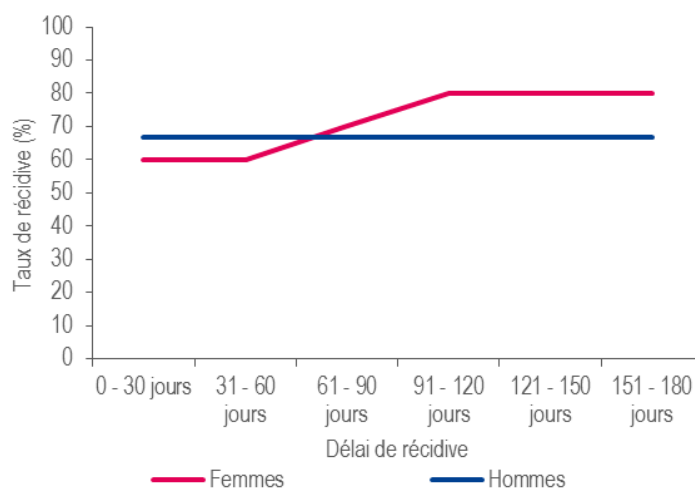
Le taux de récurrence dans les 6 mois est légèrement supérieur pour les femmes (4,5% (8/179)) par rapport aux hommes (2,6% (2/76)) et il varie également selon la classe d'âge. Il est maximal chez les 30-39 ans pour les femmes (11,1%, 3/27) et chez les 10-19 ans et chez les 30-39 ans (8,3% (1/12)) pour les hommes (Figure 3). Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans la classe d'âge des 10-19 ans et à l'inverse pour les autres classes d'âge.

Le délai de la première récurrence était similaire selon le sexe avec plus de la moitié des patients récidivistes (62%, n=8) qui réitèrent leur geste suicidaire dans le mois [0-30 jours] suivant un premier recours pour TS (Figure 4). Chez les hommes, aucune première récurrence n'est enregistrée passé ce délai et chez la femme ce délai peut s'étendre jusqu'à 4 mois [91-120 jours].

**Figure 3 :** Taux de récurrence de tentatives de suicide dans les 6 mois par classe d'âge et par sexe, SU de Guyane, du 01/01/2018 au 30/06/2019.



**Figure 4 :** Distribution cumulée du délai à la 1<sup>ère</sup> récurrence de TS selon le sexe, SU de Guyane, du 01/01/2018 au 30/06/2019.



Champ : Population âgée de 10 ans et plus - Source : Oscour® (Santé publique France)

# Le programme

## « Bien-être des populations de l'intérieur de Guyane » (BEPI)

### Une intervention innovante pour agir sur les facteurs protecteurs contre les conduites suicidaires

*Programme communautaire d'accompagnement et de financement de projets locaux dans les deux communes de Camopi et de Maripa-Soula en Guyane française*

Benoît Van Gastel<sup>1</sup>, Anaëlle Hoang<sup>2</sup>, Mickaël Gourmelen<sup>3</sup>, Eléonore Johannes<sup>4</sup>, Gaël Walacou<sup>5</sup>, Jeannette Anakata<sup>6</sup>, Sylvio Van Der Pijl<sup>7</sup>, Dominique Lambert<sup>8</sup>, Manon Mordelet<sup>9</sup>

1 Pilote du programme BEPI pour l'Ars de Guyane, Cayenne, Guyane française

2 Coordinatrice du programme BEPI, Groupe SOS Jeunesse, Guyane française, [anaelle.hoang@groupe-sos.org](mailto:anaelle.hoang@groupe-sos.org),

3 Gestionnaire du programme BEPI, Groupe SOS Jeunesse, Guyane française, [mickael.gourmelen@groupe-sos.org](mailto:mickael.gourmelen@groupe-sos.org)

4 Collectif des Premières Nations, Guyane française, [kadi.c@orange.fr](mailto:kadi.c@orange.fr)

5 Association KOIPEE WAKO, Village Zidock, Trois-Sauts Camopi, Guyane française, [koipeewako@gmail.com](mailto:koipeewako@gmail.com)

6 Association AKENAITUNA, Maripa-Soula, Guyane française, [jeannette.anataka@hotmail.fr](mailto:jeannette.anataka@hotmail.fr)

7 Président du Grand conseil coutumier de Guyane, Guyane française, [irresistiblesyl@yahoo.com](mailto:irresistiblesyl@yahoo.com)

8 Médecin référente Santé Mentale à l'Ars de Guyane, Cayenne, Guyane française

9 Directrice de l'Autonomie à Ars de Guyane, Cayenne, Guyane française

Auteur correspondant : Benoît VAN GASTEL, [benoit.vangastel@ars.sante.fr](mailto:benoit.vangastel@ars.sante.fr)

### Introduction

Une épidémie de suicide d'une particulière intensité en milieu d'année 2017 sur le Haut Oyapock a témoigné de la difficulté de mettre en œuvre des mesures de prévention contre les suicides dans les communes de l'intérieur de Guyane alors que la situation était connue comme préoccupante sur le Haut et Moyen Oyapock et Maroni et faisait l'objet d'interpellations anciennes d'habitants, de soignants et d'autorités coutumières.

En septembre 2017, la Direction générale de l'Agence régionale de santé (ARS) de Guyane a mobilisé des budgets exceptionnels pour le programme « Bien-être des populations de l'intérieur de Guyane ». L'originalité du programme tient notamment à son interdisciplinarité, dans son financement et dans sa mise en œuvre. Le programme BEPI vise à engager des interventions médico-sociales et de promotion de la santé avec la vision partagée avec les populations concernées pour améliorer le « Bien-être physique, mental, social et culturel » tel qu'il peut être appréhendé par les populations les communes de l'intérieur de Guyane.

Le programme s'inscrit dans les réponses apportées par l'ARS de Guyane aux différentes recommandations du rapport Archimbaud-Chapdelaine de 2015 [1] dans le cadre plus large de la stratégie nationale et régionale de santé.

Pour respecter l'esprit participatif du programme, cet article a été co-rédigé avec 4 acteurs particulièrement impliqués depuis le début du programme, et intervenants dans ou pour les communes de l'intérieur de Guyane.

### Matériel et méthodes

#### • Principes généraux du programme

Le premier pilier du programme porte sur l'innovation dans le domaine du médico-social et de la promotion de la santé. Elle tient dans le partenariat étroit entre l'établissement médico-social porteur, le GSOSJ, avec ses moyens de gestion, sa souplesse associative et son réseau guyanais et le bailleur, l'ARS de Guyane, financeur et autorité sanitaire régionale avec une expertise technique.

Le second pilier du programme est la promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa de l'OMS [2] proposant la santé comme un processus global nécessitant d'orienter des interventions favorables sur les déterminants de la santé : les milieux de vie (dont l'offre d'activités), les capacités individuelles, la mobilisation sociale et l'orientation des politiques publiques. L'approche rejoint la notion de promotion de la santé pour la prévention du suicide décrite par J.L. Terra [3] comme « tout ce qui permet de façon non spécifique de répondre aux besoins des individus en termes de bien-être physique, psychique et social ». Les cibles principales du programme sont les facteurs protecteurs des tentatives de suicide identifiés dans la littérature : les facteurs individuels (aspirations positives, bien-être individuel, l'image de soi positive), les facteurs collectifs (relations intra et extrafamiliales), les facteurs communautaires (normes sociales positives) et une mobilisation des activités culturelles et traditionnelles [4].

Le troisième pilier du programme est celui d'engager des interventions communautaires de prévention des conduites suicidaires qui sont, selon l'Observatoire National du Suicide [5], « des interventions combinant différents types d'actions [...] visant à coordonner un grand nombre d'acteurs de divers secteurs [...] ainsi qu'à mettre en place des politiques de prévention à différents niveaux en partant du niveau local ». L'approche communautaire et participative du programme rejoint les recommandations de nombreuses publications au niveau international [6].

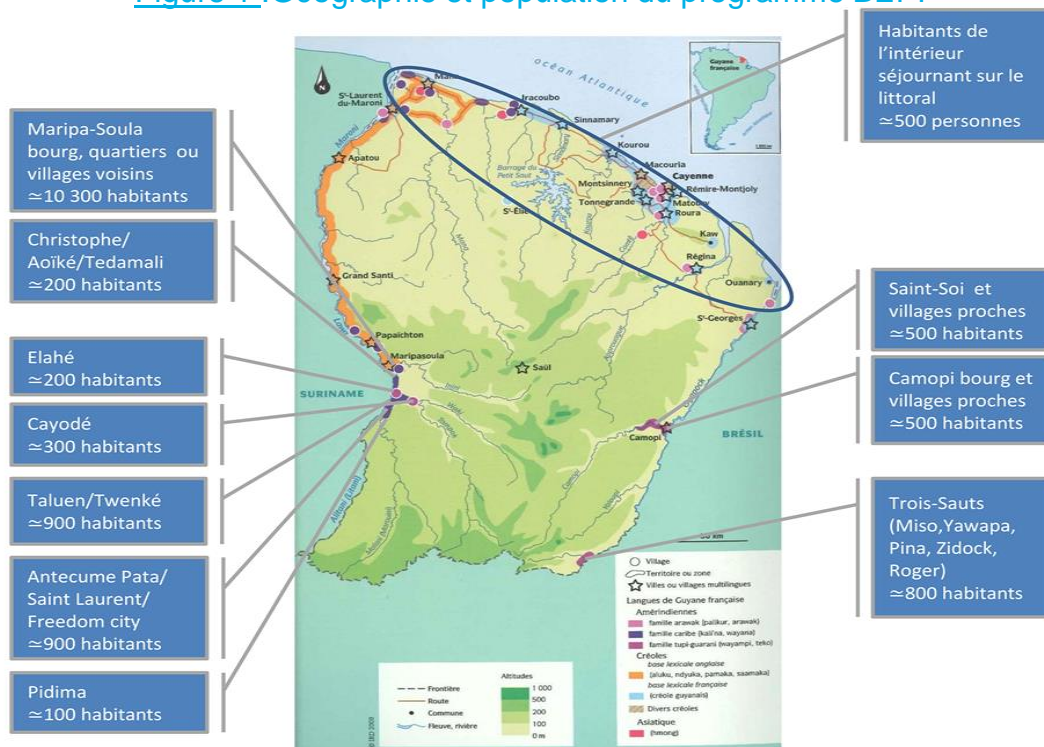
L'objectif général est d'« Améliorer le bien-être des populations de l'intérieur de Guyane pour renforcer les facteurs protecteurs et réduire les risques de suicides ». Les objectifs spécifiques sont : (1) Soutenir et développer des interventions existantes et (2) Innover et développer des actions privilégiant la participation des communautés. Au niveau opérationnel, le programme accompagne et finance des activités et organise sa gouvernance.

## • Description du programme

Le programme est territorialisé avec une approche universelle pour toute la population des communes de Camopi et de Maripa-Soula, et avec une approche ciblée sur les populations de l'intérieur séjournant temporairement sur le littoral de Guyane. Le choix de ces deux communes a été basé sur l'analyse des suicides à l'échelle infrarégionale sur la période 2001-2011.

La population bénéficiaire du programme se chiffre à 14 719 habitants [7]: 12 919 habitants de Maripa-Soula, 1 800 habitants de Camopi et les populations des villages de l'intérieur en situation de séjour temporaire à Maripa-Soula bourg (internat de Maripa-Soula par exemple) ou sur le littoral guyanais pour diverses raisons familiales, de santé ou pour la scolarisation notamment (≈500 personnes). Dans les deux communes du programme, 4 principaux groupes linguistiques et culturels sont recensés et cartographiés dans la littérature [8]. D'une part, les autochtones Amérindiens, le long des cours d'eau (Lawa-Maroni, Oyapock, Camopi et Tampok) : les Wayana au sud du bourg de Maripa-Soula (≈2 000 locuteurs), les Wayampi à Camopi-bourg et à Camopi Trois-Sauts (≈1 000 locuteurs) et les Teko des villages de Maripa-Soula et de Camopi (≈600 locuteurs). D'autre part, les Bushinengue Aluku qui sont majoritairement recensés à Maripa-Soula bourg et ses quartiers voisins (≈7 000 locuteurs) (Figure 1).

Figure 1 : Géographie et population du programme BEPI



Source carte : Lescure 2009, population INSEE 2018 et données de terrain

## • La gouvernance du programme

La gouvernance du programme est assurée par un comité de suivi du littoral ainsi que par des comités de suivi locaux. Le comité de suivi du littoral a pour vocation de valider les projets proposés par des acteurs du littoral, en amont de leur validation locale dans les deux communes de l'intérieur. Les comités de suivi locaux des bourgs et villages de Camopi et de Maripa-Soula valident toutes les propositions d'activités les concernant. Les membres des comités de suivi sont des associations-collectifs d'habitants, des porteurs locaux d'activités du programme, l'ARS, le GSOSJ, le Sous-Préfet aux communes de l'Intérieur (SPCI), les Chefs coutumiers et le Grand conseil coutumier de Guyane (GCCG), mais également les principaux acteurs locaux tels que : mairies, Collectivité Territoriale de Guyane (CTG), Pars Amazonien de Guyane (PAG), acteurs du soin et de la prévention, de l'éducation et du social. Les modalités de décision en comité de suivi sont celles du « consentement » [9] impliquant la levée de toutes les objections exprimées lors des échanges entre les membres de la gouvernance.

Un comité de pilotage du programme réuni annuellement permet de présenter le rapport d'activité du programme en valorisant les acteurs du programme, de partager les grandes orientations du programme et de garantir une coordination régionale avec les partenaires [10]. Les participants sont, en plus des membres des comités de suivi, les principaux acteurs institutionnels et associatifs du niveau régional. Un comité scientifique annuel est prévu pour échanger avec des experts (institutionnels et des communautés).

### • Accompagnement et financement des activités par le programme

Le cœur du programme BEPI est l'accompagnement local, individualisé et souple des porteurs d'idée d'activité entrant dans le champ du programme pour cheminer de l'idée initiale vers une proposition d'activité soumise en comité de suivi et aboutissant à la rédaction d'une convention d'activité tripartite entre le porteur, le GSOSJ et l'ARS de Guyane.

### • Financement et ressources humaines du programme

Le programme fait l'objet d'une convention entre l'ARS et le GSOSJ attribuant par l'ARS à ce dernier un budget de 1,65 million d'euros pour les années 2018-2019-2020. L'équipe du GSOSJ est constituée d'une coordinatrice et d'une assistante de missions à temps plein avec l'appui d'un directeur d'établissement pour la supervision du programme. Un chargé de mission de l'ARS de Guyane à temps partiel sur le programme assure le pilotage et une présence sur le terrain pour l'ARS, avec l'appui d'un groupe de travail interne à l'agence.

### • Suivi et évaluation des activités et du programme

Le programme fait l'objet d'un suivi et d'évaluations pour chacune de ses composantes résumées dans son cadre logique (tableau n°1). La gouvernance et les missions réalisées font l'objet d'une préparation et d'un suivi régulier. Chaque activité conventionnée est évaluée avec le porteur sur son cadre logique [11], sa démarche communautaire [12], son volet médico-social et sur la catégorisation de ses résultats en promotion de la santé [13;14]. L'évaluation interne du programme est réalisée à l'occasion du rapport d'activité annuel proposé aux instances de gouvernance. Une évaluation externe du programme est programmée par l'ARS de Guyane pour 2021. Elle comportera une action de formation à l'auto-évaluation des porteurs de projets et des participants à la gouvernance du programme. Le programme a été présenté en séance plénière du Grand conseil coutumier de Guyane en juin 2019.

### • Le cadre logique

Tableau 1: Le cadre logique simplifié du programme BEPI

<b>Programme « Bien-être des populations de l'intérieur » de Guyane – Camopi – Maripa-Soula – 2018-2020</b>					
<b>Objectif :</b> Améliorer le Bien-être des populations de l'intérieur de Guyane pour renforcer les facteurs protecteurs et réduire les risques de suicides.					
<b>Acteurs du programme :</b> communautés, individus, groupes, associations ou acteurs et partenaires locaux, partenaires du littoral, Groupe SOS Jeunesse, ARS de Guyane					
MOYENS	ACTIVITÉS	PRODUITS	EFFETS A COURT TERME	EFFETS A MOYEN TERME	IMPACT : EFFETS A LONG TERME
Des ressources humaines pour accompagner des projets, coordonner les activités et animer la gouvernance.  Des déplacements en communes et l'instauration de liens entre les territoires, les habitants et les communautés, y compris du littoral.  Un dispositif simplifié, rapide et doté de budgets pour le financement de projets.  Une coopération avec les partenaires.	Accompagner les porteurs dans la formulation de leur projet et son écriture	Projets réalisables dans le cadre du programme	Augmenter la confiance, la capacité d'agir et la mobilisation sociale.	Organisation locale selon les choix des individus, groupes, associations ou acteurs locaux.	Créer un environnement physique et social, des ressources personnelles et collectives favorables à la santé et au bien-être dans les territoires et pour les populations de l'intérieur.
	Organiser des réunions de Comité de suivi	Validation des projets et implication collective sur les projets	Mettre en place une gouvernance participative.		
	Accompagner les porteurs pour financer, mettre en œuvre et évaluer les activités	Résultats concrets par les projets mis en œuvre	Augmenter l'offre d'activités.	Autonomie, pour une mise en œuvre de projets dans les territoires et pour les populations de l'intérieur.	
	Travailler avec les porteurs pour la conception et la réalisation de leurs projets, en encourageant les synergies	Implication coordonnée dans les projets du programme de tous les acteurs et partenaires dans tous les territoires	Obtenir une bonne couverture des territoires et des populations	Coopération avec les institutions.	
<b>Hypothèse :</b> une gouvernance participative et des actions réalisées « pour et par » les habitants et les acteurs locaux créent un contexte favorable.			<b>Facteurs externes :</b> le programme s'inscrit dans le cadre des actions des habitants, des interventions des acteurs locaux et régionaux.		
<b>Partenaires :</b> en plus de la population, des associations, des collectifs, des personnes reconnues par leurs pairs, des chefs coutumiers, des membres du Grand conseil coutumier de Guyane et des porteurs qui sont les acteurs à proprement parler du programme, les partenaires sont : les maires, la Collectivité territoriale de Guyane, les services publics dans les territoires (éducation, santé, social...), le Parc Amazonien de Guyane, les associations locales...					

## Résultats

### • La gouvernance participative du programme

Entre janvier 2018 et le 1/8/2019, 36 réunions de comité de suivi ont été organisées : 9 comités de suivi du littoral et 27 comités de suivi locaux. Avec une moyenne de 15 personnes par réunion, environ 539 personnes (avec des participations multiples pour certaines personnes) ont participé aux comités de suivi. Un ou plusieurs représentants du Grand conseil coutumier de Guyane étaient présents pour 83% des réunions de gouvernance.

Figure 2 : Missions de gouvernance dans les villages



### • Les activités financées par le programme

Quarante-quatre conventions ont été signées entre février 2018 et août 2019 pour un montant total de 322 440 €. Les montants des conventions sont compris entre 330 € et 51 010 € par convention, avec une moyenne de 7 328 €. La durée des activités s'étend de quelques jours à plus d'une année (98 jours en moyenne). Le nombre total de bénéficiaires attendus est de 8 829 personnes, soit entre 10 et 1 200 bénéficiaires attendus par activité (200 bénéficiaires en moyenne). Vingt-huit conventions (64%) ont pour origine exclusive les communes de l'intérieur. Au 1/8/2019, 24 porteurs ont conventionné avec le GSOSJ et l'ARS (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Liste des porteurs ou partenariats de porteur par commune d'activité

Camopi	Maripa-Soula
APROSEP	AKENAITUNA
APROSEP, Réseau Education Prioritaire (REP+)	Association AKENAITUNA - Fabio
Association AKANTA	DOUBLE T
Association WILAU	Foyer Socio-Educatif (FSE) du collège de Maripa-Soula
Jeunesse Autochtone de Guyane (JAG)	APROSEP, porteur individuel Cayodé
KAMOPI WAN	
KOIPÉE WAKO (accompagnement CeRMEPI)	
Ligue de l'Enseignement	<b>Maripa-Soula et Camopi</b>
UFOLEP	Association Action Prévention Santé Villages
YAPUKULIWA	ADER - DAAC - GPS - CHAR
UFOLEP, DJOKAN	Association Sportive des Chasseurs à l'Arc de Guyane
UFOLEP, Association Rémire-Montjoly Bike	
APROSEP, Association Sportive et Culturelle de Camopi	<b>Cayenne</b>
Association Sportive et Culturelle de Camopi	APROSEP, WAIWI du CDPS de Camopi
Réseau PERINAT Guyane	

Vingt-six (60%) conventions sont financées avec un co-financement qui représente 144 730 €, soit 0,45 € cofinancé pour 1 € conventionné dans le programme. Les mairies de Camopi et de Maripa-Soula sont les deux co-financeurs les plus contributifs par rapport aux autres co-financeurs : les porteurs en autofinancement, la CAF, l'Éducation nationale, la CTG, le Foyer socio-éducatif du collège de Maripa-Soula, les services de l'État (DAAF, DAC, DJSCS), le PAG et quelques organismes privés (La Fondation de France par exemple).

Globalement les activités financées relèvent des domaines du social, du culturel et du sportif plus ou moins combinés avec de la prévention en santé : 36% sont des activités à dominante culturelle (fêtes avec activités culturelles et traditionnelles notamment), 25% avec un volet « animation sociale » (animations collectives dans les villages principalement), 23% des activités à dominante sportive (parfois avec du lien social entre les villages ou le littoral), 9% sont des activités en lien avec les établissements scolaires des communes et 7% sont des activités avec une dominante majoritaire en prévention en santé (médiation en santé publique et réseaux de femmes relais notamment)

## • La couverture du programme

Au 1/8/2019, en nombre de conventions d'activité pour les populations de l'intérieur, 66% ont été réalisées à Camopi, 27% à Maripa-Soula (principalement dans les villages), 5% dans les deux communes et 2% à Cayenne pour les populations de l'intérieur. Le montant des activités s'élève approximativement à 24 €/ habitant des populations des deux communes, et environ : 180 €/ habitant à Camopi bourg, 101 €/ habitant à Camopi Trois-Sauts, 59 €/ habitant pour les villages de Maripa-Soula et moins de 2 €/ habitant à Maripa-Soula bourg.

## • Évaluation des activités

Au 1/8/2019, 28 évaluations de convention d'activité (63% de l'ensemble) ont été menées mais l'évaluation de ces activités reste encore partielle. En première approche en promotion de la santé, les activités sont, en nombre d'activités, à 82% en lien avec le développement de l'offre de promotion de la santé, pour 48% à l'origine de développement de compétences personnelles des acteurs du programme, pour 39% comme favorisant la mobilisation sociale pour la santé et pour 25% comme pouvant avoir un impact favorable sur les politiques publiques locales.

## • Quelques exemples d'activités

Cinq conventions du programme avec l'association KAMOPI WANN de Camopi bourg, une association d'animation socio-éducative avec des activités de prévention en santé, ont permis la réalisation de nombreuses activités en 2018 et 2019 : animations, kayak, journée associatives, fêtes, déplacements d'enfants sur le littoral, formations à l'animation (Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur, BAFA), coopération avec l'association KOIPEE WAKO dans la formation d'animateurs BAFA et réalisation d'Accueils Collectifs de Mineurs (ACM) à Trois-Sauts.

Le programme a financé des fêtes traditionnelles amérindiennes notamment à Trois-Sauts et à Camopi bourg. L'association KOIPEE WAKO de Trois-Sauts accompagnée initialement par la Cellule Régionale pour le Mieux-Etre des Populations des communes de l'Intérieur (CeRMEPI), a été financée pour la réalisation d'une fête traditionnelle en août 2018 et 2019 à la demande des chefs coutumiers. L'Association sportive et culturelle de Camopi a mené en 2018 et 2019 une activité festive nommée « Tournoi de jeux et danses traditionnelles » à la demande du chef coutumier Teko de Camopi.

Le programme a financé l'Association sportive des chasseurs à l'arc de Guyane (ASCAG) basée à Kourou pour des animations autour du tir à l'arc et des ateliers d'archerie traditionnelle en juillet et août, en 2018 et 2019, à Camopi et Maripa-Soula. Les participants enthousiasmés de Camopi, dont un facteur d'arcs traditionnels, ont souhaité poursuivre l'animation au niveau local et lancer des ateliers d'archerie hebdomadaires ainsi qu'une expédition en forêt pour rechercher du bois d'arc avec l'association YAPUKULIWA de Camopi.

Un projet pour « Améliorer les relations entre l'école et les familles » est en cours à Camopi. Il est mené avec le réseau REP+ de Camopi et l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation (ESPE) de Guyane. Ce projet a lieu dans le cadre d'un programme de recherche impliquant les parents sur leur rôle dans la réussite éducative des enfants et pour faire émerger des projets portés par des parents.

Le programme a financé, avec la mairie de Maripa-Soula, des activités sportives et culturelles dans les villages de Maripa-Soula en juillet et août, en 2018 et 2019, portées par l'association AKENAÏTUNA forte d'un réseau d'une quarantaine de bénévoles dans les villages du Haut Maroni. En 2019, l'activité de l'association s'est amplifiée en ouvrant un chantier d'insertion « Animation » employant 14 salariés dans le cadre de la structure Lien et Insertion pour la gUYANE (LIANE) initiée par l'Association Professions Sportives et Education Populaire (APROSEP) de Guyane.

Figure 3 : Exemples d'activités dans le cadre du programme BEPI



La deuxième édition de la pirogue communautaire de l'Association Action Prévention Santé village (APSV) de Bellevue (Iracoubo) à Maripa-Soula et à Camopi en août 2018 sur le thème « Le pouvoir d'agir des femmes de l'intérieur », a permis d'informer sur les droits, d'accompagner les femmes en situation précaire, de renforcer l'estime de soi et de repérer des femmes relais.

Le programme, avec des budgets complémentaires de l'ARS de Guyane, finance les associations Actions pour le développement, l'éducation et la recherche (ADER) et Développement Animation Accompagnement Coopération (DAAC) pour le recrutement de 4 médiateurs en santé publique, et pour l'accompagnement et la mise en réseau d'une vingtaine de médiateurs des autres structures des communes de l'intérieur (Centre Délocalisé de Prévention et de Soins (CDPS), Centre Médico-Psychologique (CMP), PAG).

Le programme finance le Réseau périnatalité de Guyane (Réseau Périnatal) pour le déploiement d'un réseau de femmes relais à Camopi (formation et rémunération de 5 femmes du village). Elles accompagnent les femmes enceintes et ayant accouché et encouragent l'expression de la parole des femmes par de la médiation en santé.



## Discussion et conclusion

Après 20 mois mise en route dont 16 mois de pleine activité et sous réserve des évaluations encore à mener, le programme semble répondre à un besoin d'activités avec, en moyenne, 2 à 3 nouveaux projets accompagnés par semaine, 15 personnes présentes à chaque réunion de gouvernance et environ une nouvelle convention d'activité signée toutes les deux semaines.

Les activités financées par le programme BEPI ont augmenté l'offre d'activité dans les communes de l'intérieur avec des interventions ponctuelles (fêtes traditionnelles, animations socioculturelles, activités sportives et de prévention en santé) mais aussi des interventions structurelles avec des effets multiplicateurs potentiels pouvant s'inscrire dans la durée. C'est tout particulièrement le cas pour l'installation de médiateurs de santé publique, de femmes relais et de réseaux de bénévoles. Beaucoup des activités financées par le programme BEPI correspondent aux besoins identifiés au niveau local, par exemple lors du diagnostic participatif en santé à Camopi réalisé par ADER [15] : les activités traditionnelles, l'environnement, la famille, les activités sportives et culturelles, la collectivité (les fêtes de cachiri, les fêtes en général), le voyage... Les actions du programme réalisées à ce jour ciblent bien les facteurs protecteurs contre les suicides déjà cités.

Les évaluations des premières activités menées avec les porteurs témoignent des opportunités d'agir créées par le programme. La dynamique des porteurs de projets apparaît dans la gouvernance participative ainsi que dans les différentes propositions d'activités et de partenariats. En premier lieu, un accès peu contraignant et allégé au financement conventionné d'activités peut expliquer ces premiers résultats : les modalités classiques d'appels à projets ont été remplacées par un accompagnement des porteurs d'idées vers des projets aboutissant rapidement à des activités conventionnées et mises en œuvre dans les territoires. En second lieu, les modalités de gouvernance du programme paraissent non seulement permettre le respect de l'ensemble des acteurs impliqués (les chefs coutumiers, les porteurs, les associations ou collectifs, les acteurs locaux, le gestionnaire et le bailleur), mais constituent aussi un espace d'échanges entre les forces de propositions locales et les différents acteurs. Le programme BEPI a aussi favorisé des coopérations entre porteurs, des entre-aides entre associations et avec des personnes individuelles à l'origine d'activité. Il a aussi contribué à des essaimages de nouvelles associations et d'activités entre les villages de l'intérieur et au développement de compétences locales.

A l'issue de cette première période d'activité, le programme doit cependant encore relever de nombreux défis pour atteindre pleinement ses objectifs.

D'une manière générale, la participation d'habitants aux réunions de gouvernance reste encore limitée. L'autonomisation locale des réunions de gouvernance est encore à accompagner, non seulement pour que les acteurs du programme s'approprient la gouvernance, mais aussi pour que le rythme des réunions de gouvernance s'accorde à celui des activités de plus en plus nombreuses.

La couverture de l'accompagnement des projets n'est pas homogène sur l'ensemble des communes et des villages : sur les 28 conventions d'activité originaires des communes de l'intérieur, 18 ont pour origine Camopi bourg (en raison d'une importante action de la CeRMEPI préexistant au programme), 3 conventions à Camopi Trois-Sauts et 7 conventions à Maripa-Soula (5 dans les villages et 2 dans le bourg à l'internat du collège). L'un des défis du programme concerne la mise en œuvre du programme à Maripa-Soula bourg.

Comparé aux recommandations plus spécifiques pour la prévention du suicide, notamment le rapport Archimbaud-Chapdelaine, les activités financées par le programme ne répondent encore que partiellement aux recommandations. C'est par exemple le cas de l'enfance en danger, des dépistages chez les nourrissons et jeunes enfants, de la prévention des addictions... Il s'agit là d'un enjeu fort du programme : les activités structurantes, comme les femmes relais et les médiateurs de santé publique, pourront faciliter sur ces questions, car investies par des habitants des villages eux-mêmes.

Compte tenu de son envergure et de son inscription dans la durée, le programme BEPI doit diversifier son financement pour s'autonomiser et être en situation de mieux pouvoir répondre à toute la diversité d'activités proposées par les habitants des communes de l'intérieur menées par l'ARS de Guyane. Des réflexions avec le GSOSJ sont en cours pour initier des recherches de nouveaux financements pour le programme, notamment avec des fondations privées, pour tendre vers une autonomie du programme.

Au-delà de ses principes généraux, le programme BEPI pourra constituer un socle pour les interventions en faveur de la santé des populations de l'intérieur : dépistage et repérage du handicap, prévention en santé-environnement, stratégie multimodale de prévention du suicide, démocratie sanitaire.

L'ARS de Guyane prévoit une évaluation externe du programme en 2021. Elle pourra permettre une valorisation pour la poursuite, voire l'amplification ou l'extension géographique de cette initiative de l'ARS de Guyane avec le GSOSJ avec une approche innovante, associant une dynamique interculturelle et participative prenant en compte les inégalités sociales et territoriales affectant tout particulièrement les territoires et les populations de l'intérieur de Guyane.

## Remerciements

A tous les Chefs coutumiers et aux associations et leurs bénévoles impliqués dans ce programme.

A tous les partenaires intervenants dans les communes de l'intérieur.

Aux Directeurs généraux du Groupe SOS Jeunesse et de l'ARS de Guyane.

## Références

- [1] 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. 2015. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000882.pdf> [27/12/2019]
- [2] Charte d'OTTAWA - PROMOTION DE LA SANTE - [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf) [27/12/2019]
- [3] Terra, J.L. Prévenir le suicide : repérer et agir. Adsp n° 45 décembre 2003. P20-30. 2003. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=86> [27/12/2019]
- [4] Henson, M., Sabo, S., Trujillo, A., Teufel-Shone, N. Identifying Protective Factors to Promote Health in American Indian and Alaska Native Adolescents: A Literature Review. 2017. J Prim Prev. 2017 Apr; 38(1-2):5-26. doi: 10.1007/s10935-016-0455-2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5313316/pdf/nihms828794.pdf> [27/12/2019]
- [5] Observatoire National du Suicide. Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1er rapport. 2014. Novembre 2014. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er> [27/12/2019]
- [6] Organisation Mondiale de la Santé. Suicide: Key facts. 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [27/12/2019]
- [7] Insee 2018
- [8] Lescure, O., Goury, L. Langues de Guyane. 2009. IRD Editions/Vents d'ailleurs.
- [9] Delannoy, I. L'économie symbiotique. Régénérer la planète, l'économie, la société. 2017. Edition Domaine du possible. ISBN 978-2-330-08021-1. Page 195-196
- [10] ARS de Guyane, 2019 : Site internet avec le rapport d'activité de 2018 du programme BEPI : <https://www.guyane.ars.sante.fr/programme-bien-etre-des-populations-de-linterieur-de-guyane-bepi-0> [27/12/2019]
- [11] Evaluation Support Scotland. Developing a Logic Model. « Cadre logique d'intervention » <http://www.evaluationsupportscotland.org.uk/media/uploads/resources/supportguide1.2logicmodelsjul09.pdf> [27/12/2019]
- [12] Lebourdais, P. Outils de santé communautaire : Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé. 2012. ISBN : 978-2-9542785-0-6. Institut Renaudot <https://www.institut-renaudot.fr/download/Guide-pratique-d%E2%80%99auto-evaluation.pdf> [27/12/2019]
- [13] Breton, E. Jabot, F., Pommier, J., Sherlaw, W. La promotion de la santé. 2017. Presses de l'EHESP. 978-2-8109-0551-5. p398-401.
- [14] Promotion Santé Suisse. Modèle de catégorisation des résultats, Version 2.0, 01.07.02005. 2005. [https://www.quint-essenz.ch/fr/files/Categorisation\\_resultats\\_20.pdf](https://www.quint-essenz.ch/fr/files/Categorisation_resultats_20.pdf) [27/12/2019]
- [15] Tschirhart, C., 2015. Diagnostic participatif en santé - Commune de Camopi. ADER. <http://projectcobra.org/wp-content/uploads/Rapport-final-diagnostic-ADER-Camopi-juin-15.pdf> [27/12/2019]

# PREVENTION

## Contexte en France

En 2009, le coût financier annuel en France des suicides et tentatives de suicide (coûts directs : médecine, police, justice, indemnités... et indirects : perte de productivité pour la victime et ses proches) avait été estimé à 10 milliards d'euros<sup>1</sup>. Les coûts humains, sociaux, sanitaires et financiers des conduites suicidaires ont inscrit la prévention du suicide parmi les **priorités de santé publique**.

## Facteurs associés aux conduites suicidaires

Les facteurs associés aux conduites suicidaires sont multiples et relèvent de déterminants biologiques, individuels, sociaux et environnementaux. Parmi les principaux facteurs associés au suicide figurent :

- **les antécédents de tentatives de suicide (TS) et les troubles psychiques**, en particulier les troubles dépressifs, bipolaires et la dépendance à l'alcool => Ces éléments de connaissance confortent l'importance d'investir sur **le suivi et la prise en charge des personnes ayant des antécédents de TS et ou présentant des troubles psychiques**
- **les évènements de vie négatifs**, en particulier les situations de maltraitance dans l'enfance, les abus sexuels, les violences physiques et psychologiques, également associés aux troubles psychiques => Dans ce cadre, le travail en amont sur **le développement des compétences psychologiques et sociales des individus** pour renforcer leurs facteurs de protection face à l'adversité ou encore le travail sur les environnements sociaux (familles, école, travail) pour promouvoir des contextes plus favorables à la santé mentale constituent des pistes d'investissement prometteuses
- **les conditions socio-économiques** (niveau de revenu, d'éducation, chômage, pauvreté ...) sont également des déterminants qui sont associés à l'échelle d'une population, aux conduites suicidaires => Il est donc important de s'assurer que l'offre de prévention puisse rejoindre **les publics les plus défavorisés**.

## Les stratégies de prévention du suicide

### *Interventions efficaces*

Une revue de littérature<sup>2,3</sup> conduite pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), présentait les conclusions suivantes concernant les principales catégories d'intervention visant la réduction des conduites suicidaires :

- 1) **La restriction des moyens létaux** : les données d'évaluation attestent de l'efficacité de cette modalité d'intervention sur la diminution des taux de suicide. Elle peut être implantée au niveau national (loi et réglementation), au niveau local (sécurisation des lieux à risque) et au niveau individuel dans l'environnement du patient ;
- 2) **Le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une tentative de suicide** : cette modalité d'intervention semble d'autant plus efficace que le maintien du contact est actif (il n'est pas laissé à la seule initiative du patient), régulier, inscrit dans la durée et personnalisé (il prend la forme d'un contact humain comme l'envoi de carte postale) ;
- 3) **Les lignes d'appel** : les données de la littérature attestent d'un impact positif des dispositifs d'écoute et d'intervention sur la réduction des taux de suicide. L'efficacité de ces dispositifs est cependant associée à des protocoles et pratiques d'écoute spécifiques ;
- 4) **La formation des médecins généralistes** : les interventions ayant montré un impact sur la réduction des taux de suicide ou des pensées suicidaires portaient sur des formations continues, ou répétées, dispensées à une large proportion de médecins d'un même territoire et se concentraient sur le repérage et la prise en charge des troubles dépressifs ;
- 5) **Les programmes en milieu scolaire** : les programmes ayant montré un effet sur la réduction des conduites suicidaires semblent être des programmes visant la sensibilisation et l'information de l'ensemble des élèves ainsi que la formation de professionnels dans les établissements scolaires ;
- 6) **L'organisation de la prise en charge** : elle est efficace lorsqu'elle assure la continuité effective des soins après la sortie de l'hôpital ou qu'elle engage une prise en charge thérapeutique au sein même du service hospitalier ;
- 7) **L'information du public** : dans cette catégorie d'intervention, les expériences ayant montré un bénéfice sur la réduction des taux de suicide ou de tentatives de suicide visaient des facteurs de risque spécifiques (tels que la dépression) et étaient implantées à un niveau local afin d'associer à l'information et la communication des propositions de prise en charge et d'offre de soins.

### *Préconisations et orientations institutionnelles*

**Les recommandations d'interventions visant la prévention des conduites suicidaires à l'échelle nationale sont fondées sur une analyse de la littérature, des consensus d'experts (HCSP, CNSM) et la volonté politique de structurer une politique nationale de prévention du suicide.**

<sup>1</sup>M.-A. Vinet, A. Le Jeanic, T. Lefèvre, et al. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France, Rev Epidemiol Sante Publique 62, 2014, S62–S63.

<sup>2</sup>du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2013;61(4):363-74.

<sup>3</sup>du Roscoät E, Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature, La Santé de l'homme, INPES, n°422,2012:41-42.

## PRÉCONISATIONS NATIONALES DE PRÉVENTION

La prévention du suicide a fait l'objet de **préconisations** de la part du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2016 et du Conseil national de la santé mentale (CNSM) en 2017. En lien avec ces préconisations, le **projet territorial de santé mentale** (2017), le **plan priorité prévention** 2018 et la **feuille de route en santé mentale et psychiatrie 2018** en fixent le cadre opérationnel.

### Les documents clés

Rapport d'évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, HCSP, mars 2016<sup>1</sup>

Le HCSP recommande de mettre en œuvre une prévention spécifique des conduites suicidaires ciblant les personnes les plus à risque (personnes suicidaires et/ou avec antécédents de TS) visant une réduction effective et quantifiée du nombre de suicides et de TS.

Recommandations du Conseil national de la santé mentale (CNSM), groupe de travail sur le suicide, janvier 2017

Reprenant les données de la littérature scientifique et suivant les recommandations du HCSP, le CNSM propose de développer un « kit » de prévention du suicide à destination des agences régionales de santé (ARS). Ce kit centré sur les personnes les plus à risque suicidaire, vise une réduction à court terme du nombre de décès par suicide.

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017<sup>2</sup>

Il reprend l'une des mesures préconisée par le HCSP et le CNSM et prévoit (Art. R. 3224-8. 4e point) « l'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins et en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide. »

Plan Priorité prévention, Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018<sup>3</sup>

Le plan priorité prévention reprend les recommandations émises par le groupe suicide du CNSM et confirme « la mise en place d'un kit de prévention du suicide comportant cinq actions complémentaires : le recontact, la formation des médecins généralistes, un numéro d'appel national, la prévention de la contagion suicidaire et l'information du public. En particulier deux actions sont présentées comme prioritaires. Il s'agit du déploiement dans chaque région d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide à leur sortie des urgences ou d'une hospitalisation et de l'étude « des conditions de mise en place d'une ligne d'appel nationale gérée par des professionnels formés à l'intervention téléphonique de crise suicidaire. »

Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, juin 2018<sup>4</sup>

Le premier axe de cette feuille de route consiste à « promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ». L'action n°6 de cet axe prévoit de « mettre à disposition des ARS un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide ».

<sup>1</sup> Evaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Rapport. Haut comité de santé publique, mars 2016, 74 p.

<sup>2</sup> Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif à la mise en place des projets territoriaux de santé mentale et stratégie nationale de santé 2018-2022.

<sup>3</sup> Priorité prévention. Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018. 33 p.

<sup>4</sup> Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, ministère des solidarités et de la santé, juin 2018. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628\\_-\\_dossier\\_de\\_presse\\_-\\_comite\\_strategie\\_sante\\_mentale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf)

## ACTIONS RÉGIONALES DE PRÉVENTION

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 ». Une priorisation annuelle avait lieu mais des sessions pouvaient être aussi organisées en cas de besoin aigu durant l'année, et ceci jusqu'en 2019. D'autres associations comme ADER, ont organisé des formations de « sentinelles » au repérage, mais l'absence d'intégration de ces sentinelles dans un réseau de gradation des soins n'a pas permis la poursuite de l'activité.

L'instruction du 10 septembre 2019 du ministère des solidarités et de la santé aux agences régionales de santé explicite la nouvelle stratégie régionale de prévention du suicide basée sur une **réponse MULTIMODALE de prévention du suicide**. La mise en place d'un observatoire régional du suicide est une priorité guyanaise pour connaître de façon exhaustive le nombre de suicides et tentatives de suicide, mais surtout **les facteurs déterminants et les facteurs déclenchants de ces actes**. L'épidémiologie est différente de celle observée en métropole. Plusieurs acteurs associatifs recensent les suicides et tentatives de suicide connus de leurs services mais le plus souvent méconnus des systèmes d'information officiels car ces patients ne se présentent pas aux structures de soins.

Pour ces raisons, une première formation de formateurs régionaux à l'intervention de crise a eu lieu en mars 2020 par les formateurs nationaux accrédités. 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 suivre.

Pour coordonner l'ensemble des actions de prévention du suicide, un **centre de ressource de prévention suicide** a démarré en septembre 2020. Il est porté par le pôle psychiatrie du CH de Cayenne mais a une vocation territoriale guyanaise. Coordonné par un médecin de santé publique et un cadre paramédical, il a 4 axes stratégiques principaux:

- **Mettre en place l'observatoire régional du suicide** par une centralisation des données territoriales de tous les acteurs, puis une extraction des données pour analyse et recherche;
- **Déployer la formation en prévention du suicide**, en particulier les formations des formateurs régionaux sur les 3 niveaux de formation (repérage, évaluation et orientation, évaluation et intervention) en ciblant d'abord les zones et institutions prioritaires les premières années;
- **Déployer le dispositif Vigilans** de recontact des tentatives de suicide, le recrutement de la coordinatrice ayant eu lieu en octobre 2020, le dispositif se développera progressivement dès début 2021;
- **La mise en place d'une équipe mobile d'intervention de crise** constituée de professionnels permanents pour intervenir rapidement auprès des suicidaires et des communautés ou familles en situation de crise sur tout le territoire, mais principalement dans les communes isolées. Cela devrait éviter les hospitalisations très loin de la famille et la contagion suicidaire.

Il a été observé des grappes de suicides ces dernières années, en particulier dans les communes isolées. Une réflexion est en cours pour mettre en place une action spécifique postvention communautaire si un tel phénomène se reproduisait.

## Méthodologie

### Source de données :

- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) pour les données de mortalité par suicide [années 2000-2015]
- Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information MCO (PMSI-MCO) pour les données d'hospitalisation [années 2008-2017]
- Dispositif Oscour® pour les données des urgences hospitalières [année 2018 et les 6 premiers mois de 2019 pour l'analyse spécifique des récidives]

### Codage des suicides et tentatives de suicide (CépiDc, PMSI-MCO et Oscour®)

Pour les bases CépiDc et PMSI-MCO, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la 10<sup>ème</sup> révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS. Les suicides et tentatives de suicide ont été identifiés à l'aide des codes X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées du chapitre XX de la CIM-10.

## POUR EN SAVOIR PLUS

### Observatoire national du suicide

- Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014. Paris : Drees, 2014 : 221 p.  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>
- Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p.  
[http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_mel\\_220216.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf)
- Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3e rapport. Paris : Drees, 2018 : 221 p.  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>

### CépiDc, PMSI-MCO, Oscour® – Données nationales

- Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.  
[http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat\\_sante\\_2017/ESP2017\\_Ouvrage\\_complet\\_vdef.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf)
- 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. 2014; 51p.  
[http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=12195](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195)
- Robert M, Léon C, Du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.
- Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Sañas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011 ;(47-78):488-92. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>
- Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018\\_32-33\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html)
- Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):36-86. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019\\_3-4\\_0.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html)

### Récidive

- Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, Chan-Chee C, Goldstein P, Vaiva G. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2014 Dec;62(6):351-60. doi: 10.1016/j.respe.2014.09.007. Epub 2014 Nov 20. French

### Prévention des comportements suicidaires

- *Références mentionnées dans les pages dédiées*

## SIGLES

ARS	Agence Régionale de Santé	OMS	Organisation mondiale de la santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	ONS	Observatoire National des Suicides
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	Oscour®	Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
CDPS	Centre délocalisés de prévention et de soins	RPU	Résumé des passages aux urgences
CIM-10	Classification internationale des maladie, 10 <sup>ème</sup> version	SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	SU	Structure d'urgence
GEPP	Groupe d'échange de pratiques professionnelles	SurSaUD®	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale	TS	Tentative de suicide
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie	VSAB	Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information	UE	Union européenne

## REMERCIEMENTS

- Francis Chin, Christine Chan Chee, Christophe Léon, Enguerrand du Roscoät, Marie-Michèle Thiam et les membres de Santé publique France ayant contribué
- Les membres du GEPP Santé Mentale de Sante publique France
- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)
- Les structures d'urgence et tous les partenaires participant activement au réseau Oscour®
- Les départements d'information médicale des établissements de la région pour les données du PMSI-MCO
- Les services des états-civils pour les données de mortalité
- L'Agence Régionale de Santé de Guyane, en particulier au Dr. Dominique LAMBERT et Benoit VAN GASTEL.
- Aux équipes des Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS)
- A l'ensemble des intervenants du Programme BEPI

## CONTACT

Santé publique France, Cellule Régionale Guyane : [guyane@santepubliquefrance.fr](mailto:guyane@santepubliquefrance.fr)