

Avant propos

Les 9 et 10 décembre 2003, l'Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG) organisait son colloque international sur "les Suicides et Tentatives de Suicide en Guyane". Moment d'une profonde réflexion sur une problématique qui ne peut laisser personne indifférent, ce colloque a été l'occasion de croiser les regards des spécialistes, pour tenter de saisir dans sa complexité le phénomène du suicide qui met en cause autant l'individu, le groupe que la société qui les englobe.

Le présent document propose la restitution des travaux mis désormais à la disposition du plus grand nombre. Il illustre ainsi parfaitement la vocation de l'ORSG qui, en fédérant des experts autour d'un véritable problème de santé publique et en favorisant au profit de notre société un transfert important de connaissances, est ici pleinement dans l'exercice de ses missions.

A eux seuls, les Actes du Colloque renferment une information qui ne fait sans doute pas le tour du problème du suicide mais qui représente une véritable ressource pour au moins aborder et saisir toute la prégnance avec laquelle il se pose dans notre société, qui en en faisant encore très souvent un véritable tabou réduit nos chances de le combattre.

Le mot est jeté ! Un tel fléau appelle une véritable lutte, une plus grande vigilance, une prise de position réelle. C'est donc aussi pour appeler à plus de prévoyance que ce document est divulgué, pour en faire l'affaire pas seulement des médecins et des personnels de santé, mais aussi des collectivités, de la société dans son ensemble.

Je ne vois qu'un moyen d'y parvenir : élargir au maximum la chaîne de solidarité autour de la réflexion et de l'action pour préserver la vie !

Antoine KARAM

Président de la Région Guyane

Sommaire

Avant-propos	1
Sommaire	3
Accueil	5
Comité préparatoire	7
Financement	9
Programme	11-15
Allocutions d'ouverture	17-32
Séance plénière : ETAT DES LIEUX	33
Concept de crise suicidaire : sa place dans la prévention du suicide	35-38
Comportements suicidaires : un problème grandissant de santé publique	39-42
Stratégie nationale d'actions face au suicide (200-2005)	43-50
Admissions des patients de suicide au service d'accueil des urgences du CHAR de Cayenne	51-52
Les tentatives de suicides chez les adolescents de Guyane : profil des suicidants et facteurs de risque	53-60
1^{ère} table ronde : REPRÉSENTATION DU SUICIDE DANS CHAQUE COMMUNAUTÉ	61
Le suicide dans les grands centres urbains brésiliens	63
Le suicide dans la culture haïtienne traditionnelle	65-68
Reflexion sur la situation du suicide en France métropolitaine	69-75
Le suicide au sein de la communauté amérindienne de Guyane	77-80
Le suicide au sein de la communauté bushinengue	81
Regard sur la tentative de suicide et le suicide chez les créoles en Guyane	83-86
2^{ème} table ronde : PRÉVENTION DU SUICIDE DANS CHAQUE COMMUNAUTÉ	87
Construction d'une politique de prévention du suicide à São Paulo	89-92
La prévention du suicide dans les communautés haïtienne exilées	93-97
Prévention du suicide dans la communauté surinamienne	99-100
La prévention du suicide chez les indigènes	101-103
La prévention du suicide en milieu scolaire	105-108
DEBAT	109-116
3^{ème} table ronde : PRISE EN CHARGE DU SUICIDE DANS CHAQUE COMMUNAUTÉ	117
Prise en charge des tentatives de suicide à São Paulo	119-120
Prise en charge du suicide dans les communautés haïtiennes exilées	121-125
Prise en charge du suicide dans la communauté surinamienne	127
Prise en charge des survivants des tentatives de suicide dans les populations indigènes au Brésil	129-131
Vie carcérale et suicide potentiel en Guyane	133-136
DEBAT	137-142
SYNTHÈSE DE CHAQUE TABLE RONDE	145-152
SYNTHÈSE DE LA 2^{ème} TABLE RONDE	153-154
SYNTHÈSE DE LA 3^{ème} TABLE RONDE	155-157
Facteurs protecteurs du suicide	159-163
CLÔTURE DE LA MANIFESTATION	165-172
DISCOURS DE CLÔTURE	173-176
Rappel des cigles	177

Remerciements

L'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) a eu l'honneur de vous accueillir à Cayenne les 9 et 10 décembre 2003 à l'occasion du colloque international "Suicides et Tentatives de Suicide en Guyane".

L'aspect que nous souhaitions évoquer était la prise en charge et la prévention du point de vue culturel. En effet, la particularité de cette région est d'avoir une population pluri-communautaire qui rend plus complexe la compréhension de ce phénomène sur notre territoire.

Nous désirions donc partager et avoir l'expérience d'experts de ces différentes communautés afin d'aider les professionnels de Guyane à mieux prendre en charge leurs patients.

L'organisation de cette manifestation a été supervisée par un comité de pilotage et le Conseil Scientifique de l'ORSG.

La première journée présentait dans ces actes sous forme d'interventions écrites, la deuxième journée retraçait des interventions enregistrées.

Nous remercions les financeurs qui nous ont permis de donner tout son éclat à cette manifestation, c'est-à-dire le Conseil Régional, le Conseil Général, les fonds européens, la Mairie de Cayenne, la Chambre de Commerce et d'Industrie de la Guyane.

Nous remercions également les participants de ce colloque pour avoir contribué à son succès.

Mme Marie-Claude VERDAN

Présidente de l'ORSG

Comité préparatoire

COMITÉ DE PILOTAGE

Mme Yvane BERTRAND

Directrice de l'Institut Régional de Développement du Travail Social, Psychologue (IRDTS)

M. Rocco CARLISI

Représentant de la Direction de la Protection Judiciaire et de la Jeunesse (PJJ)

Mme Joëlle CHANDEY

Psychologue au Centre Hospitalier Andrée ROSEMON (CHAR)

Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON

Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG)

Dr. Benoît COTTRELLE

Médecin Inspecteur Régional de Santé Publique - Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)

Mme Ariane FLEURIVAL

Présidente de l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)

Dr. Jean-Michel FONTANELLA

Chef de Service des urgences du Centre Hospitalier Andrée ROSEMON (CHAR)

Mme Sonia FRANCIUS

Inspectrice d'Académie - Rectorat de la Guyane

Dr. Renée LONY

Médecin Conseil - Rectorat de la Guyane

Dr. Roger-Michel LOUPEC

Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG)

Dr. Geneviève SIMART

Pédopsychiatre au Centre Hospitalier Andrée ROSEMON (CHAR)

Mme Marie-Thérèse MAZY

Présidente du Comité Départemental d'Education à la Santé (CODES)

CONSEIL SCIENTIFIQUE

M. Jean-Pierre BACHELART

Directeur de l'INSEE

Mme Yvane BERTRAND

Directrice de l'Institut Régional de Développement du Travail Social (IRDTS), Psychologue

Dr. Elie CHOW-CHINE

Président du Conseil Scientifique de l'ORSG et Président du Conseil de l'Ordre des Médecins

Dr. Benoît COTTRELLE

Médecin Inspecteur Régional de Santé Publique - Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)

Dr. Roger-Michel LOUPEC

Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG)

Mme Hélène MATHURIN

Directrice par intérim de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)

Dr. Jacques MORVAN

Directeur de l'Institut Pasteur

Dr. Michel VALIER

Chef du Service Médical de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS)

Financement

Cette manifestation a reçu le concours financier de :

**CONSEIL REGIONAL
DE LA GUYANE**
66, av. du Général de Gaulle
B.P. 7025
97307 CAYENNE CEDEX



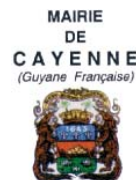
FONDS EUROPEENS



**CONSEIL GÉNÉRAL
DE LA GUYANE**
1, place Léopold Héder
B.P. 5021
97305 CAYENNE CEDEX



MAIRIE DE CAYENNE
1, rue de Rémire
97300 Cayenne



**CHAMBRE DE COMMERCE
ET D'INDUSTRIE DE LA GUYANE**
Place de l'Esplanade, palmistes
97300 Cayenne



**L'Observatoire Régional de la Santé de Guyane tient à remercier
les partenaires de ce Colloque.**

Programme

MATIN

Mardi 09 Décembre 2003

8h30-9h30

Ouverture du colloque

9h30-10h00

ALLOCUTIONS : *Mme Marie-Claude VERDAN*
Présidente du Conseil d'Administration de l'ORSG
Monsieur Jean-Claude LAFONTAINE
Maire de la ville de Cayenne ou son représentant
Monsieur Joseph HO-TEN-YOU
Président du Conseil Général ou son représentant
Monsieur Antoine KARAM
Président du Conseil Régional ou son représentant
Monsieur Ange MANCINI
Préfet de la Guyane ou son représentant

10h00-10h30

Séance Plénière : ETAT DES LIEUX

Animateur

Mme Yolande STEPHENSON : Assistante Sociale Chef, Responsable du Service Social au Conseil Général de Guyane

- **Concept de crise suicidaire : sa place dans la prévention du suicide**

Dr. Geneviève SIMART

Pédopsychiatre au Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) - Responsable départemental du programme national de prévention du suicide - Guyane

- **Comportements suicidaires : un problème grandissant de Santé Publique**

Dr. José Manoel BERTOLOTE

Coordonnateur de la prise en charge des troubles mentaux et des affections cérébrales - Département de la Santé Mentale et des Toxicomanies - Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Genève

10h30 - 10h45 Pause café (15 mn)

10h45 - 12h00

- **La stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005)**

M. Jacques CARTIAUX

Directeur de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)

- **Admissions des patients pour tentatives de suicide au service d'accueil des urgences du Centre hospitalier Andrée ROSEMON de Cayenne**

Dr. Jean-Michel FONTANELLA

Chef de service des urgences au Centre Hospitalier Andrée ROSEMON (CHAR)

- **Les tentatives de suicides chez les adolescents de Guyane : profil des suicidants et facteurs de risque**

Mme Sandrine CHANTILLY

Responsable de la Cellule Etudes de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG)



14h30-17h00

**1^{ère} table ronde : REPRESENTATION DU SUICIDE
DANS CHAQUE COMMUNAUTE**

Animatrice

Mme Nadine FELIX : Journaliste Radio France Outre-mer (RFO)

Rapporteurs

Dr. Benoît COTTRELLE : Médecin Inspecteur Régional de Santé Publique - Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)

Mme Marie-Thérèse MAZY : Présidente du Comité Départemental d'Education à la Santé (CODES)

Dr. Jean CHAPUIS : Médecin Conseil à l'Echelon Local Service Médical (L'ELSM) - CGSS

- Le suicide dans les grands centres urbains brésiliens

Dr. Léon De SOUZA LOBO GARCIA

Secrétariat municipal de la Santé de São Paulo - Brésil

- Le suicide dans la culture haïtienne traditionnelle

Dr. Cécile MAROTTE

Ethnopsychiatre - Equipe de psychiatrie transculturelle (Hôpital de Montréal pour enfants) - Présidente du Réseau d'Intervention auprès des personnes ayant subi la Violence Organisée (RIVO)

- Réflexion sur la situation du suicide en France métropolitaine

Pr. Jean-Pierre SOUBRIER

Correspondant français à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Europe
Chairman of the Section on Suicidology - World Psychiatric Association - Ancien
Président de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide

- Le suicide au sein de la communauté amérindienne de Guyane

Mme Brigitte WYNGAARDE

Chef coutumier du Village Amérindien de Balaté - Saint-Laurent-du-Maroni

accompagnée de Mlle Louise TWENKE

- Le suicide au sein de la communauté bushinengue

M. Bruno APOUYOU

Capitaine Boni du Village Saramaka - Président de l'Association
LIBI NA WAN - Kourou

**- Regard sur la tentative de suicide et le suicide chez les créoles en
Guyane**

Mme Nadine GRAND-BOIS

Psychologue au Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) Service de psychiatrie
- Guyane

DEBAT

9h00-10h45

2^{ème} table ronde : PREVENTION DANS CHAQUE COMMUNAUTE

Animatrice

Mme Tchisséka LOBELT : *Rédactrice en chef - Presse de Guyane, Conseil Général - Guyane*

Rapporteurs

Dr. Renée LONY : *Médecin conseil - Rectorat de Guyane*

M. Thibaud LOUST : *Directeur du Centre d'Action Educatif de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)*

Melle Marielle JULIANS : *Attachée Territoriale à la Direction de la Solidarité et de la Prévention (DSP)*

- Construction d'une politique de prévention du suicide à São Paulo

Dr. Léon De SOUZA LOBO GARCIA

Secrétariat municipal de la Santé de São Paulo - Brésil

- La prévention du suicide dans les communautés haïtiennes exilées

Dr. Cécile MAROTTE

Ethnopsychiatre - Equipe de psychiatrie transculturelle (Hôpital de Montréal pour enfants) - Présidente du Réseau d'Intervention auprès des personnes ayant subi la Violence Organisée (RIVO)

- Prévention du suicide dans la communauté surinamaïse

Dr. Ricardo HAARLOO

Psychiatre au Centre Psychiatrique du Surinam (PCS)

- La prévention du suicide chez les indigènes

Dr. Marcos DE NORONHA

Fondateur de l'Association Brésilienne d'Ethnopsychiatrie et Psychiatrie Sociale

- La prévention du suicide en milieu scolaire

Dr. Claire GRENIER

Médecin de l'Education Nationale

DEBAT

10h45 - 11h00 Pause café (15 mn)

11h00-12h45

3^{ème} table ronde : PRISE EN CHARGE DANS CHAQUE COMMUNAUTE

Animateur

M. Jean-Maurice MONTOUTE : *Journaliste Antenne Créole Guyane (ACG)*

Rapporteurs

M. Rocco CARLISI : *Infirmier Départemental de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)*

M. Gilles HORTH : *Directeur du Centre Régional d'Information Jeunesse de la Guyane (CRIJG)*

Mme Sonia FRANCIUS : *Inspectrice d'Académie - Rectorat de la Guyane*

- Prise en charge des tentatives de suicide à São Paulo

Dr. Léon De SOUZA LOBO GARCIA

Secrétariat municipal de la Santé de São Paulo - Brésil

- La prise en charge du suicide dans les communautés haïtiennes exilées

Dr. Cécile MAROTTE

Ethnopsychiatre - Equipe de psychiatrie transculturelle (Hôpital de Montréal pour enfants)- Présidente du Réseau d'Intervention auprès des personnes ayant subi la Violence Organisée (RIVO)

- Prise en charge du suicide dans la communauté Surinamaise

Dr. Ricardo HAARLOO

Psychiatre au Centre Psychiatrique du Surinam (PCS)

- Prise en charge des survivants des tentatives de suicides dans les populations indigènes au Brésil

Dr. Marcos DE NORONHA

Fondateur de l'Association Brésilienne d'Ethnopsychiatrie et Psychiatrie Sociale

- Vie carcérale et suicide potentiel en Guyane

M. Jean-Cyril VAN HAMME

Psychologue Clinicien - Psychothérapeute

Intervention conjointe, lue par Mme Rita FLAMBEAU

Infirmière du secteur psychiatrique (Centre Pénitentiaire de Cayenne)

DEBAT

15h00 - 16h30 SYNTHÈSE DE CHAQUE TABLE RONDE

Animateur

M. Lucien PREVOT : 1^{er} Vice - Président du Conseil d'Administration de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) - Conseiller Général

Synthèse de la 1^{ère} table ronde

Mme Marie-Thérèse MAZY : Présidente du Comité Départemental d'Education à la Santé (CODES)

Synthèse de la 2^{ème} table ronde

Dr. Renée LONY : Médecin conseil - Rectorat de Guyane

Synthèse de la 3^{ème} table ronde

Mme Sonia FRANCIUS : Inspectrice d'Académie - Rectorat de la Guyane

FACTEURS PROTECTEURS DU SUICIDE

Pr. Jean-Pierre SOUBRIER

Correspondant français à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Président de la Section de Suicidologie - Association Mondiale de Psychiatrie - Ancien Président de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide

16h45 - 17h30 CLÔTURE DE LA MANIFESTATION

Conclusion

Dr. Roger-Michel LOUPEC

Représentant du Président du Conseil Scientifique de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) - Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (l'URMLG)

Discours de clôture

Mme Marie-Claude VERDAN

Présidente du Conseil d'Administration de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) - Conseillère Régionale - 1^{ère} Vice - Présidente du Conseil Général de Guyane

COCKTAIL DE REMERCIEMENTS

A la Chambre de Commerce et d'Industrie de la Guyane



Allocutions d'ouverture

Madame Marie-Claude VERDAN
Présidente du Conseil d'Administration de l'ORSG

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Maire de la Ville de Cayenne,
Monsieur le Président du Conseil Régional,
Monsieur le Président du Conseil Général,
Mesdames et Messieurs les Elus,
Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs,

Avant toute chose, en ma qualité de Présidente du Conseil d'Administration de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane et de Présidente de ce Colloque International, je tiens à vous remercier d'être venus aussi nombreux participer aux travaux qui vont se dérouler aujourd'hui, sous le haut patronage de M. Antoine KARAM, Président du Conseil Régional de Guyane, qui ont pour thème "Le Suicide et les Tentatives de suicide".

Il est vrai que parler du suicide n'est pas chose facile et je le dis aussi bien en tant qu'élue, en tant que professionnelle de santé, qu'en tant que citoyenne. Mais, il nous faut regarder, maintenant, la réalité en face car les chiffres parlent d'eux-mêmes.

Si, pour certains, pendant longtemps et jusqu'à aujourd'hui, le suicide n'a pas été un problème majeur de Santé Publique, force est de constater qu'il nous faut réagir lorsque l'on sait que 3 % des décès totaux en Guyane, pour la période 1997-1999, sont dus à ce fléau. Ce chiffre, qui semble banal a priori, acquiert toute son importance lorsque l'on sait que la 1^{ère} cause de décès, les accidents vasculaires cérébraux, totalisent 9 % des décès totaux.

De plus, la mortalité par suicide, en Guyane comme ailleurs, est sans aucun doute sous-estimée quant à la notification et à la certification en tant que telle. Ceci, pour différentes raisons dont la principale est le TABOU dont est enveloppée la question qui nous rassemble aujourd'hui.

Toutefois, le problème prend toute son ampleur en terme de morbidité. Les résultats d'une enquête auprès des adolescents que l'Observatoire a récemment initié en avril dernier, nous montrent que 14 % de jeunes disent avoir attenté à leurs jours au moins une fois. Fait aggravant, cet indicateur est en augmentation par rapport à 1997.

Il y a là, je crois, un réel problème de Santé Publique dans notre région, d'autant que ces jeunes sont des adultes en devenir et qu'ils sont déjà fragilisés alors qu'il leur reste tant de difficultés à vivre et d'obstacles à surmonter.

Et, notre devoir, il me semble, n'est pas de leur faire croire que les difficultés seront gommées, mais de leur apprendre que même s'ils tombent de très haut, il y aura toujours un moyen de se relever en puisant dans leurs ressources personnelles ou avec l'aide de professionnels, d'amis, de parents ou de dispositifs mis en place à cet effet, sans qu'ils pensent que la solution se trouve dans l'acte suicidaire.

C'est pourquoi, l'Observatoire Régional de la Santé, dans le cadre de ses missions, a pris une position forte dans la lutte contre ce "meurtre de soi".

Le Conseil d'Administration, dont je suis la Présidente, a voulu impulser une réflexion commune par le biais de ce colloque, avec une équipe constituée de professionnels du monde médical et paramédical, du secteur associatif, de différentes collectivités et de bien d'autres, qui sont souvent amenés à prendre d'importantes décisions en matière de Santé Publique.

En effet, je vois, avant tout, dans la tenue de cette manifestation, une opportunité de rencontre. Le mot paraît quelconque, et pourtant, il revêt pour moi une connotation particulière.

Tout d'abord, ce colloque favorisera les échanges entre plusieurs communautés, plusieurs nationalités qui, si elles sont nos voisines, si nous les côtoyons souvent sur le sol de Guyane, n'ont guère l'occasion de se rencontrer. Ces travaux sont placés sous le sceau de l'internationalité et de la pluri-culturalité. En effet, si nous espérons par ce biais faire prendre conscience à la population guyanaise de l'ampleur du phénomène en établissant des comparaisons nationales et internationales, nous souhaitons surtout proposer des solutions adaptées à chacun afin que les messages ne soient pas seulement entendus mais aussi écoutés.

En sus, la prédominance des intervenants sud-américains s'inscrit dans une dynamique de régionalisation dans la prise en compte des problèmes de santé avec pour toile de fond le travail en coopération ainsi que l'échange d'idées et d'expériences.

Rencontre, également, sous le sceau de la pluridisciplinarité.

Aujourd'hui, des socioprofessionnels œuvrant dans des domaines variés, venus d'horizons divers, mais aussi des néophytes, pourront travailler ensemble afin de tenter de mieux comprendre le processus dans lequel s'engage l'individu depuis l'idéation suicidaire jusqu'au passage à l'acte. Cette pluridisciplinarité, dans la réflexion comme dans l'action, est fondamentale car ce n'est que par une approche globale, plurisectorielle, que la prévention et la prise en charge se réaliseront de façon à ce que la personne en détresse trouve un interlocuteur privilégié qui sera susceptible "d'entendre" sa douleur sans qu'il ait systématiquement besoin de la dire.

Une rencontre, aussi, avec le public, avec le citoyen, dans une démarche participative quant à la prise de conscience d'une problématique qui est, il est vrai, une priorité nationale de Santé Publique, mais qui est aussi un fait de société : le symptôme d'une société en souffrance.

Et, enfin, une rencontre avec le "Suicide". Il nous faut briser le tabou qui entoure cet acte. Comme tout geste qui est effectué par chacun d'entre nous, celui de se donner volontairement la mort a un sens, il a un but, voire plusieurs. L'un d'entre eux, surtout dans la tentative de suicide, est de dévoiler à "l'autre", au grand jour, son malaise.

C'est pourquoi, je voudrais dire à toutes les personnes qui ont été ou qui sont dans cette spirale auto-destructrice, que nous sommes là aujourd'hui pour essayer de prévenir, par nos travaux et par la suite qui leur sera donnée, ce geste ostentatoire et parfois définitif qui est toujours le signe caractérisé de leur profonde détresse.

Alors, pourquoi une rencontre, pourquoi un colloque ?

Tout simplement parce que le suicide est l'affaire de tous.

A cet effet, nous faisons d'ores et déjà appel à toutes les forces vives de ce pays, afin qu'un groupe de travail et de réflexion se constitue. De celui-ci pourront émerger des projets tels que : la mise en place d'une cellule d'écoute pour les personnes en détresse psychologique, l'établissement d'axes prioritaires en matière de prévention et de prise en charge du suicide pour la Guyane ou toute autre concrétisation d'orientations qui émaneront des débats d'aujourd'hui.

Permettez-moi, avant d'ouvrir la séance de vous présenter les intervenants de qualité qui nous entretiendront pendant ces 2 journées :

- **Dr Geneviève SIMART**, Pédopsychiatre au Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, Responsable Départemental du programme national de prévention du suicide ;
- **Dr José Manoel BERTOLETE**, Coordonnateur de la prise en charge des troubles mentaux et des affections cérébrales du département de la Santé Mentale et des Toxicomanies de l'Organisation Mondiale de la Santé ;
- **M. Jacques CARTIAUX**, Directeur de la Direction de la Santé et du Développement Social ;
- **Dr Jean-Michel FONTANELLA**, Chef du service des urgences au Centre Hospitalier Andrée Rosemon ;
- **Dr Léon DE SOUZA LOBO GARCIA**, du Secrétariat municipal de la Santé de Sao Paulo ;
- **Dr Cécile MAROTTE**, Ethnopsychiatre, de l'équipe de psychiatrie transculturelle de l'hôpital de Montréal ;
- **Professeur Jean-Pierre SOUBRIER**, Correspondant français à l'Organisation Mondiale de la Santé, Président de la section de suicidologie - Association Mondiale de Psychiatrie ;
- Mme **Brigitte WYNGAARDE**, Capitaine du village amérindien de Balaté à St-Laurent-du- Maroni ;

- M. **Bruno APOUYOU**, Capitaine BONI du Village Saramaka à Kourou ;
- Mme **Nadine GRAND-BOIS**, Psychologue au Centre Hospitalier Andrée Rosemon Service de Psychiatrie ;
- **Dr Ricardo HARLOO**, Psychiatre au Centre psychiatrique du Suriname ;
- **Dr Marcos DE NORONHA**, fondateur de l'association brésilienne d'ethnopsychiatrie et psychiatrie sociale ;
- **Dr Claire GRENIER**, Médecin de l'Education Nationale ;
- M. **Jean-Cyril VAN HAMME**, Psychologue clinicien, psychothérapeute ;
- **Dr Roger-Michel LOUPEC**, Représentant le Président du Conseil scientifique de l'ORSG, lequel conclura les débats.

Je tiens à remercier particulièrement l'ensemble de ces intervenants, qui, par leurs expériences et leurs travaux, vont permettre de faire avancer la problématique du suicide en Guyane.

Il me faut également remercier le Conseil Régional, le Conseil Général, la Mairie de Cayenne, l'Europe et la Chambre de Commerce et d'Industrie de la Guyane qui ont participé financièrement à la réalisation de ces journées.

Je remercie également l'ensemble de nos partenaires, nombreux, qui ont contribué, d'une façon ou d'une autre, à l'élaboration ou à la conception du projet : l'UDAF, le CODES, le Centre Hospitalier Andrée Rosemon, le Rectorat, les animateurs et rapporteurs, ainsi que les membres du Conseil Scientifique et du Conseil d'Administration.

Pour ma part, je souhaite que ces travaux connaissent un vif succès et que nous puissions, ensemble, conduire une démarche adaptée afin de réduire la mortalité et la morbidité dues aux suicides et tentatives de suicide en Guyane.

J'espère que, grâce aux différentes interventions des spécialistes, vous pourrez les uns et les autres trouver, si ce n'est des réponses toutes faites, du moins des éléments de réponse et de réflexion aux questions qui se posent à vous, que ce soit à titre professionnel ou à titre privé.

Je vous invite d'ailleurs à nous faire part de vos observations et de vos commentaires personnels ou même de vos témoignages. N'hésitez pas, au cours des débats, à intervenir. C'est par la richesse de nombreux témoignages que la réflexion pourra s'engager valablement.

Je vous souhaite de bons travaux à tous et je passe la parole à Monsieur Jean-Claude LAFONTAINE, Maire de la Ville de Cayenne.

Monsieur Jean-Claude LAFONTAINE
Maire de la Ville de Cayenne

Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur et le grand plaisir d'être aujourd'hui parmi vous, afin d'ouvrir les débats de ce colloque organisé par l'O.R.S.G. sur le "Suicide et ses tentatives".

C'est malheureusement un sujet particulièrement alarmant, qui va vous occuper puisque chaque année en France, 160 000 personnes tentent de mettre fin à leurs jours et que 12 000 y parviennent.

Et si on se réfère aux estimations de l'O.M.S. en l'an 2000, il y aurait eu à peu près 1 million de personnes suicidées, et 10 à 20 fois plus ont fait des tentatives de suicide à travers le monde, ce qui représente en moyenne "1 mort toutes les 40 secondes" et "1 tentative toutes les 3 secondes".

Tous ces chiffres mis bout à bout, pour confirmer, ce qui apparaissait déjà comme une évidence pour les seuls "spécialistes" : " Le suicide et ses tentatives sont un fléau mondial ".

La Guyane, ne fait donc pas exception à la règle, puisque dans notre département, aussi, les chiffres sont révélateurs de ce malaise. Toutefois, le profil guyanais reste singulier. En effet, contrairement aux statistiques nationales et internationales, la démarche suicidaire affecte plus particulièrement notre jeunesse.

Par ailleurs, il est tout aussi important de rappeler que notre société créole, pluriethnique, ne facilite pas une lecture homogène de ce processus suicidaire. En effet, il existe une approche ethno-culturelle spécifique à chaque composante de notre population.

Partant du principe que le suicide est un objet complexe qui se laisse difficilement analyser, tant dans sa définition que dans son processus, dans des sociétés structurées et homogènes, je n'ose imaginer l'extrême difficulté qu'il y aurait, pour vous tous, spécialistes, ici présents, de tenter d'établir la structuration de ce processus suicidogène en Guyane.

La société guyanaise a une particularité, elle est jeune dans sa grande majorité et si nous n'y prenons pas garde, nous risquons de développer un effet de génération. C'est précisément le cas, lorsqu'il y a une augmentation du taux de suicides dans une tranche d'âge donnée, qui n'existe pas dans le reste de la population.

De cela, je retire un sentiment d'urgence.

Pour autant, la prise en charge des patients suicidaires pose actuellement aux spécialistes, autant de questions, qu'il y a de réponses.

La crise suicidaire est une situation complexe alors même que quelques réponses commencent à apparaître.

Monsieur Joseph HO-TEN-YOU
Président du Conseil Général

Madame la Présidente,
Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président de Région,
Monsieur le Maire,
Mesdames et Messieurs les Elus,
Mesdames, Messieurs,

Permettez-moi, avant que nous n'abordions le thème de cette rencontre consacrée aux "Suicides et Tentatives de suicide", de remercier ma collègue, la Présidente de l'ORSG, Madame Marie-Claude VERDAN, pour son aimable invitation.

Je voudrais aussi rendre hommage au travail de l'ORSG et à tout son personnel. Vos travaux contribuent à une meilleure information et connaissance des réalités sociales et sanitaires de notre région.

A nos amis étrangers, ici présents. Je leur souhaite la bienvenue en Guyane et les remercie chaleureusement d'avoir répondu à notre invitation. Votre présence rehausse ce colloque, en lui conférant un caractère international et nous vous en sommes très reconnaissants.

Ce colloque présente un intérêt indéniable pour nous, parce que la Guyane connaît un taux de suicide très élevé et notre jeunesse est particulièrement touchée par ce phénomène.

Les causes qui conduisent aux suicides ou aux tentatives de suicide sont nombreuses et très diverses. Elles peuvent être : la toxicomanie, la maladie, le chômage, les problèmes familiaux, l'alcoolisme, les difficultés d'intégration et d'insertion dans la société, etc. Mais en général, il est difficile de déterminer exactement la ou les causes qui ont amené une personne à commettre un acte de désespoir.

Le suicide est d'autant plus difficile à cerner, qu'il n'est pas facile d'en parler et de se confier à son entourage ou à ses proches. Il y a un certain rejet par la société de ces personnes fragiles. Elles sont considérées comme anormales et associiales.

Or, contrairement aux idées reçues, ces populations fragiles sont des hommes et des femmes à part entière qui, confrontés aux difficultés de la vie, n'ont pas su ou pu les surmonter. Ces personnes ont besoin d'être écoutées, d'être aidées et soutenues surtout psychologiquement.

Comme dans bien des domaines, pour pouvoir résoudre un problème donné, il faut au préalable identifier la cause de celui-ci. De plus, la situation de la Guyane est complexe, en raison de la cohabitation de plusieurs communautés sur notre territoire. Chaque communauté a ses propres croyances, sa propre culture et ses propres valeurs.

Dans ce mélange culturel et ethnique, la perception du suicide est différente d'une communauté à l'autre et elle n'a pas la même signification pour tout le monde. Les facteurs et les motivations peuvent donc varier selon les communautés.

La compréhension de "ces mécanismes" est essentielle.

Et le grand intérêt de cette rencontre, c'est que nos débats seront enrichis par des intervenants venus de pays étrangers.

Chacun exposera la perception et les causes du suicide dans son pays. Nous pourrons ainsi avoir un éventail de "particularités" et les comparer.

Ce sera, pour nous, l'occasion de mettre en évidence des similitudes et des différences sur la prise en charge et les causes de ce drame humain.

Cet échange et ce partage des expériences respectives de chacun, nous aideront à mieux comprendre sur le plan culturel le comportement de ceux qui ont commis l'irréparable ou qui auraient tenté de passer à l'acte.

Les travaux de ce colloque seront précieux pour la mise en place de stratégies adaptées aux individus de chaque communauté et pour l'amélioration de l'information, de la prévention et la prise en charge des victimes du suicide.

Le Conseil Général a un rôle majeur à jouer en matière de prévention sanitaire, et c'est la raison pour laquelle nous avons tenu à nous associer à cette manifestation pour vous apporter notre contribution. Et je puis vous réaffirmer aujourd'hui notre engagement à vos côtés dans d'autres actions futures.

Le suicide, c'est l'affaire de tous !

Nous devons donc tout faire pour protéger notre population de ce fléau qui prend de plus en plus d'ampleur.

Préservons surtout notre jeunesse, parce qu'elle représente l'avenir de notre pays.

Réveillons les consciences par nos actions, pour que le suicide ne soit pas considéré dans notre société comme un simple fait divers parmi d'autres.

Et n'oublions jamais, que nul n'est à l'abri du suicide.

Je vous remercie.

Monsieur Antoine KARAM
Président du Conseil Régional

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président du Conseil Général,
Monsieur le Maire de la Ville de Cayenne,
Madame la Présidente de l'ORSG,
Mesdames, Messieurs les Praticiens et Personnels de Santé,
Mesdames, Messieurs,

C'est avec beaucoup d'intérêt que je participe avec vous tous à l'ouverture de ce colloque qui a pour thème "Les suicides et tentatives de suicide".

A lui seul, un tel intitulé laisse largement présager de la complexité du problème. Et je dois avouer ma satisfaction de vous voir tous réunis ici avec un objectif commun : expliquer ce qui représente bien un phénomène social et, pourquoi pas, indiquer des moyens pour agir sur cette tendance collective au meurtre de soi-même, qui a probablement gagné ces dernières décennies du terrain dans nos sociétés respectives.

Les suicides et les tentatives de suicide sont aujourd'hui sans doute le fait de la plupart de nos sociétés. Ce colloque le montre bien, ne serait-ce que par la diversité des intervenants.

Il va s'en dire que ma reconnaissance va à chacun d'entre vous : médecins, psychiatres, psychologues qui travaillez en Guyane, mais bien sur aussi vous qui venez de France, du Canada, du Brésil et du Suriname.

Votre précieuse participation va permettre de privilégier une approche comparée des situations, de saisir les ressemblances et les différences, de dégager des lois générales permettant du même coup de mieux situer les situations spécifiques à chacun de nos pays ou des groupes sociaux qui les composent.

C'est avec beaucoup d'humilité que j'interviens devant les spécialistes que vous êtes sur un problème aussi complexe. Mais je souhaiterais tout de même apporter ma modeste contribution à votre débat car si le suicide est un acte individuel dont la compréhension appelle des compétences spécifiques, il ne peut être de mon point de vue dissocié de l'état social dans lequel il intervient.

Le politique chargé de mettre en œuvre l'intérêt général aurait donc tort de ne pas prendre parti sur une question qui engage en réalité la responsabilité de tous, laquelle doit être assumée pleinement par les uns et les autres en vue de dégager des moyens nécessaires au renforcement de l'immunité de chacun face au suicide.

Comment parvenir à un tel résultat si ce n'est en conjuguant nos efforts, en croisant nos compétences, en mobilisant toutes les bonnes volontés ?

L'initiative de l'ORSG est d'un grand intérêt car il s'agit bien pour les élus que nous sommes de tirer partie de l'expertise des médecins et des professionnels de santé pour avoir une meilleure lisibilité des problèmes et contribuer au mieux à leur prise en charge.

Quelles sont les causes sociales qui dans nos pays poussent les individus au suicide ou à la tentative de suicide ?

Certaines de ces causes peuvent-elles renforcer la prédisposition au suicide ?

Le penchant au suicide qui dépend sans doute essentiellement de certains états du milieu social, peut-il être déterminé également par des causes organiques ?

Y a-t-il, dans chaque groupe social, une tendance spécifique au suicide ? Ou encore ce qu'on pourrait appeler des facteurs originaux de suicide ?

A toutes ces questions, je ne doute pas que vous apporterez des réponses précises nous permettant de faire un état des lieux, de mesurer l'étendue des difficultés, en Guyane et ailleurs, et de mettre en place dans notre région notamment, des politiques de lutte contre le suicide.

Nous n'avons pas, de mon point de vue d'autres alternatives face à ce phénomène pour lequel l'absence de données chiffrées et disponibles a peut-être empêché pendant longtemps que se développe une véritable prise de conscience et à fortiori des mesures propres à agir sur les tendances suicidogènes.

Je crois que le présent colloque n'a pas seulement un intérêt didactique. Il est sans doute l'occasion d'opter pour une autre approche du suicide en tant que fait social et non plus simplement individuel.

Tant que le suicide fut l'affaire d'individus aliénés avant tout, il fut possible dans beaucoup de sociétés de se soustraire à la responsabilité collective à laquelle cela renvoie. Aujourd'hui, ce sous-engagement ne pourrait être toléré, le suicide étant devenu une mort avant tout volontaire, c'est-à-dire décidée sur eux-mêmes par des individus tenus pour normaux. On est donc bien obligé d'en chercher les causes non pas dans des facteurs extra sociaux mais dans la société elle-même afin de lutter contre les raisons proprement sociales du suicide ; ce qui serait le meilleur moyen d'en limiter l'importance. Bien sûr, on comprend dans ces conditions que toute situation empreinte de vulnérabilité soit favorable au développement du suicide.

Dans la conjoncture actuelle, on ne peut s'empêcher de penser que la raréfaction de l'emploi, qui prend à contre pied, surtout dans nos pays du Sud, la poussée démographique, pourraient être un facteur déclencheur de tendances suicidaires.

Et qu'à l'inverse, une situation de plein emploi, un facteur structurant de la vie sociale est une protection pour les individus face aux risques de suicide. Le même raisonnement est valable pour l'alcool ou la violence quelle qu'en soit la forme.

Mais que faire lorsque l'auto destruction est liée, comme c'est le cas dans certaines de nos communautés, à un facteur original du suicide, en rapport avec leurs pratiques culturelles ou religieuses ?

Que faire lorsque les suicides ou les tentatives de suicide de ce type sont ancrées dans les habitudes du groupe au point de passer pratiquement pour normaux ou souhaitables ?

Nous ne pouvons qu'être d'accord sur la nécessité d'agir sur les facteurs réguliers et spécifiques du suicide. Pour autant, cette entreprise ne va pas sans causer problème. Dans certains cas, à cause de maux comme le chômage, la société n'est pas suffisamment présente aux individus. Dans d'autres cas où la vie de l'individu a davantage de sens pour sa communauté que pour lui-même, la société l'est beaucoup trop.

Sous ce rapport, il me semble qu'une bonne politique préventive pour faire reculer le taux social des suicides et des tentatives de suicide doit être axée sur la recherche d'un équilibre, d'une voie médiane entre ces deux situations.

A vous de nous dire, Mesdames et Messieurs les praticiens, si ce raisonnement vous paraît crédible au regard notamment des expériences de terrain que vous menez au quotidien.

Je vous remercie.

Monsieur Jacques CARTIAUX, représentant du préfet de la Guyane
Directeur de la Direction de la Santé et du Développement Social

Madame la Présidente,
Messieurs les Elus,
Chers Collègues,
Chers Amis,

C'est au nom du Préfet de région, mais aussi en mon nom personnel, que je veux d'abord saluer l'initiative qui a été prise par l'ORS de Guyane, avec ce colloque international sur un thème douloureux et difficile mais qu'il faille pourtant bien évoquer.

Il est vrai que, depuis 1982, les observatoires régionaux de la santé constituent, en France, des organes privilégiés pour garantir une bonne information des pouvoirs publics sur les problématiques et enjeux en matière de la Santé publique.

Généralement constitués sous forme associative, les ORS ont en effet une mission d'aide à la connaissance des problèmes sanitaires, qui se traduit notamment par la réalisation d'enquêtes diverses et de tableaux de bord.

En Guyane, l'Observatoire de la Santé n'est pas une association mais un établissement public local, dont la Présidence est confiée en Guyane à Madame VERDAN, financé dans la proportion des trois quarts de son budget par le Conseil Régional et pour 120 000 euros par l'Etat.

En début d'année, l'ORS de Guyane a décidé de réaliser un colloque sur la problématique des suicides, ce qui n'aurait pas forcément constitué une indication prioritaire de la part de l'Etat, compte tenu de la prégnance des autres problèmes sanitaires de la Guyane (citons à ce titre la couverture vaccinale ou le paludisme), mais correspond néanmoins à une véritable préoccupation nationale.

En revanche, s'il est vrai que la Guyane se caractérise par la plus faible incidence de toutes les régions françaises pour le suicide, ce phénomène doit néanmoins être mis en relation avec la démographie spécifique de ce territoire et l'approche, à la fois culturelle mais aussi internationale, de la problématique du suicide, qui a été choisie par l'ORS, ne peut être que jugée positivement.

Par ailleurs, ce colloque intervient au moment où le Parlement est saisi d'un projet de loi en Santé publique qui doit être évoqué :

- déjà voté par l'Assemblée Nationale en octobre, et bientôt soumis au Sénat, celui-ci a pour vertu essentielle de réaffirmer la place de l'Etat dans la mise en œuvre de la Santé publique, notamment par l'intermédiaire du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) que présidera le préfet ou son représentant, et qui doit regrouper les collectivités territoriales et la Sécurité Sociale dans un Groupement d'Intérêt public (GIP), appelé à mettre en place le Plan Régional de Santé publique.

- par ailleurs, le projet de loi est présenté avec un "rapport d'objectifs", qui définit les objectifs et plans stratégiques en matière de santé publique et se fonde lui-même sur quelques principes énoncés comme suit par le législateur :

- principe de connaissance : les objectifs ne seront définis, et les actions conduites, qu'à partir d'une bonne connaissance du contexte ;
- principe de précocité : les actions les plus précoces possibles devront toujours être privilégiées, ce qui revient à faire une large place à la prévention ;
- principe de concertation : la discussion des objectifs et l'élaboration des plans d'action devront passer par la concertation la plus large possible avec l'ensemble des acteurs.

C'est précisément le mérite de l'initiative de l'ORS de Guyane de permettre l'illustration concrète de ses trois principes, en facilitant la connaissance du suicide, sa prévention et la concertation entre partenaires.

A vous tous, qui allez maintenant entendre des spécialistes renommés qui vous parleront à la fois de la situation de la Guyane et de ses communautés mais aussi de la situation en France et chez nos voisins de la région du plateau des Guyanes, de la Caraïbe et du Brésil, je souhaite une journée féconde et studieuse.

ANIMATRICE

Mme Yolande STEPHENSON

Assistante Sociale Chef, Responsable du Service Social au Conseil Général de Guyane

Séance Plénière
Etat des lieux

CONCEPT DE CRISE SUICIDAIRE : SA PLACE DANS LA PREVENTION DU SUICIDE

Dr. Geneviève SIMART

*Pédopsychiatre au Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) - Responsable
Départemental du Programme National de Prévention du Suicide - Guyane*

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

Il m'échoit la difficile tâche d'introduire ce colloque sur le suicide, phénomène douloureux s'il en fut qui endeuille chaque année de nombreuses familles. Pourtant, il fut pendant trop longtemps un sujet "tabou", se vivant dans l'intimité.

Si les organisateurs ont souhaité que j'intervienne en premier, avant même que l'état des lieux dans le monde et en France ne vous soit présenté, c'est peut-être pour marquer ces journées par l'idée que ce phénomène n'est pas une fatalité et qu'il est possible d'infléchir la courbe des décès, comme d'autres pays ont pu le faire. Mais pour cela et c'est le cas quand il s'agit de prévention ou de promotion de la santé, il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des intervenants et non pas seulement les spécialistes.

Permettez-moi un petit rappel historique, si le suicide a toujours existé (quelques soient les pays, les cultures ou l'époque), en France, ce n'est que dans les années 70 que ce fléau est sorti du silence. Durant les années 80, des études épidémiologiques et sociologiques ont permis d'avoir des renseignements précieux sur le nombre de décès bien sûr mais aussi sur les facteurs de risque. Mais, c'est dans les années 90 que le suicide :

- a été véritablement porté sur le devant de la scène par son émergence dans les Conférences Régionales de Santé (et on comprend bien pourquoi ces conférences permettent l'expression de la population à côté des spécialistes). Ce qui est vécu comme prioritaire par la population est souvent différent de la priorité des spécialistes : les uns privilégiant la souffrance, les autres les pathologies. A l'issue de ces conférences, 11 régions ont élaboré des programmes spécifiques ;

- a été repris par la Conférence Nationale de Santé qui a travaillé sur l'état de la mortalité en France et s'est donnée comme une de ses priorités de faire baisser le nombre des morts prématurées dont le suicide ;

- a entraîné la saisine du Haut Comité de Santé Publique dont le rapport a permis enfin d'inscrire le suicide dans les priorités nationales et d'élaborer une stratégie nationale dévoilée en 2000.

Depuis les années 80, le nombre des décès par suicide dans notre pays s'est stabilisé à un haut niveau entre 11 000 et 12 000. Ce chiffre place la France dans les pays européens les plus concernés par le phénomène.

On estime que le nombre des tentatives de suicide (TS) est 10 à 20 fois supérieur au nombre des décès. Et, je voudrais ici rappeler que près de la moitié des personnes décédées par suicide ont précédemment réalisé une tentative de suicide d'où l'intérêt de ne pas banaliser les TS, comme c'est encore trop souvent le cas, en ne regardant que le rapport entre le moyen utilisé et sa dangerosité létale. Il est donc important maintenant de prendre en compte, dans les actions, la totalité des actes suicidaires.

Le temps qui m'est imparti étant limité, je ne vais pas m'étendre sur les données épidémiologiques, ni sur la stratégie nationale qui seront exposées par les différents intervenants du colloque. Mais, je me recentrerai sur le thème de mon intervention qui est le concept de crise suicidaire.

Il n'existe pas de modèle théorique faisant consensus actuellement pour expliquer les comportements suicidaires. L'approche des spécialistes, à partir de l'observation clinique de leurs patients, a abouti peu à peu à l'idée que le passage à l'acte suicidaire pouvait être considéré comme une forme d'exposition d'une pathologie mentale car on trouve en effet très souvent dans l'histoire de ces patients, une dépression sévère, des troubles psychiatriques chez eux-mêmes ou dans leur famille. C'est ainsi que la notion de troubles mentaux s'est élargie à des formes variées de dépressivité.

Les études menées, depuis ces dernières années, ont réussi à identifier une longue liste de facteurs de risque. Cependant, leur rôle exact, le poids relatif de chacune des variables, les interactions sont encore peu clairs.

Une autre façon d'appréhender le passage à l'acte suicidaire est de ne pas le considérer comme la conséquence ou l'expression d'une pathologie mentale mais comme la manifestation d'une crise, nommée crise suicidaire, pouvant survenir lors de situations particulières et influencées par différents facteurs psychiques, sociologiques, familiaux et environnementaux.

En effet, le passage à l'acte suicidaire n'est pas un diagnostic en soi mais un comportement qui caractérise le malaise d'une personne en souffrance, indépendamment de ses difficultés psychologiques.

Le modèle de crise suicidaire est un modèle conceptuel qui correspond à une période définie dans le temps et offre un appui théorique à une technique d'intervention d'urgence. Il ne saurait constituer un modèle de remplacement à des modèles théoriques de la psychopathologie qui ont toute leur place dans la prise en charge au long cours.

Le fonctionnement psychique, en dehors d'une pathologie mentale, permet de maintenir un état d'équilibre et de faire face aux difficultés habituelles de la vie.

Lorsque des événements traumatisants surviennent, l'individu met en place des mécanismes d'adaptation qui ont déjà fonctionné dans le passé, mais il est aussi capable de trouver des stratégies nouvelles. Une succession d'événements stressants peuvent mettre à mal l'équilibre antérieur et les capacités d'adaptation. Peu à peu, l'incapacité à faire face s'installe et l'individu se retrouve dans un état de vulnérabilité.

Quand la capacité d'adaptation faisant appel à l'expérience, aux connaissances (c'est-à-dire le versant cognitif) ne fonctionne plus, c'est le versant émotionnel (affectif) qui peu à peu l'emporte avec des émotions de plus en plus négatives, accompagnées d'une perte d'estime de soi. La perception de la réalité est progressivement altérée, les problèmes semblent de plus en plus insurmontables et l'individu entre dans une phase de désorganisation et de confusion émotionnelle qui va aboutir à l'état de crise. Cette crise correspond à un moment de rupture, un moment de déséquilibre intense. Ce processus dure le plus souvent plusieurs semaines avant d'arriver à la phase aiguë pouvant aboutir à un passage à l'acte, crise agressive, fugue, tentative de suicide ou tout autre moyen permettant de faire baisser la tension interne, la souffrance psychique.

Après ce passage à l'acte, vient une phase de récupération qui malheureusement ne peut être que transitoire si les événements qui ont provoqué la crise ne sont pas résolus.

Le modèle de la crise suicidaire se superpose tout à fait sur ce modèle de crise lorsque l'individu est confronté à des événements traumatisants.

Il existe une phase de recherche active de solutions.

Quand ces solutions s'avèrent inefficaces ou inadéquates, la personne commence à évoquer de façon indirecte le suicide (si tout pouvait s'arrêter, s'il m'arrivait quelque chose, si je pouvais ne pas me réveiller).

Au fur et à mesure que les solutions diminuent, ces idées suicidaires deviennent plus fréquentes. La baisse de l'estime de soi générée par le sentiment d'être incapable de résoudre les problèmes s'installe jusqu'au moment où l'individu ne trouve plus de solutions adéquates. Et nous entrons dans une phase très proche d'un possible passage à l'acte. Durant cette phase, l'idée du suicide s'impose comme le seul moyen de faire cesser la souffrance et non pas comme une recherche de la mort. C'est pour cela, parfois, qu'après un début de mise en acte ayant apaisé la souffrance, la personne peut demander de l'aide alors que ce comportement est souvent interprété comme si la personne ne voulait pas vraiment se donner la mort.

En outre, le mode d'explication par pathologie très clinique en France rendait peu aisée la mise en place d'actions de prévention primaire et permettait seulement :

- d'entreprendre des actions essentiellement centrées sur le repérage de troubles (ce qui n'est pas toujours aisé pour les non-spécialistes) et l'orientation vers les systèmes de soins. Il faut y rajouter le fait que cette approche est très marquée par les différents courants théoriques qui influencent la prise en charge,
- ou d'agir en prévention secondaire par une meilleure prise en charge des suicidants.

Les conférences de consensus organisées sur ce thème ont abouti à certaines recommandations qui ne sont pas toujours appliquées (faute de moyens probablement).

Le concept de crise suicidaire est apparu comme plus opérationnel dans la prévention primaire qui ne doit pas seulement être l'affaire des spécialistes. Il est à la base de la formation à l'intervention face à la crise suicidaire proposée aux intervenants du champ sanitaire ou social. L'objectif de cette formation est de leur permettre de repérer cette crise, d'acquérir des techniques d'intervention en situation de crise, et ce dans les différentes phases de processus, et d'évaluer le potentiel suicidaire selon trois axes : le risque, l'urgence et la dangerosité. Cette évaluation ayant elle-même pour objectif l'intervention d'urgence selon les cas :

- orientation rapide vers un service de soins ;
- mobilisation de l'environnement familial ou social ;
- mais aussi en suppression des moyens.

Il ne m'est pas possible de m'étendre sur le contenu de cette formation. Aussi vais-je seulement vous donner quelques éléments de la stratégie nationale qui a consisté depuis 2001 à former dans chaque région un binôme (psychologue, psychiatre) ayant pour mission de mettre en place 3 sessions de formation par an.

Dans le département, un premier binôme a été formé en 2001 et a mis en place des sessions de formation. Un autre binôme de formateurs va très prochainement être formé, ce qui permettra d'intensifier cette action.

Pour terminer, je voudrais simplement rappeler que la prévention est l'affaire de tous. La formation, l'intervention face à la crise suicidaire ne constitue qu'une étape de la stratégie nationale et que c'est seulement la synergie de tous les éléments qui permettra peut être de faire baisser de 20 % le chiffre des morts par suicide. Mais pour passer des déclarations d'intention à l'action une question me vient à l'esprit, de quels moyens disposons-nous ?

COMPORTEMENTS SUICIDAIRES : UN PROBLÈME GRANDISSANT DE SANTÉ PUBLIQUE

Dr. José Manoel BERTOLOTE

Coordonnateur de la prise en charge des troubles mentaux et des affections cérébrales -
Département de la Santé Mentale et des Toxicomanies - Organisation Mondiale de la Santé
(OMS) - Genève

Depuis une dizaine d'années déjà, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé un cri d'alerte à propos de l'importance et du poids des comportements suicidaires en tant que problème majeur de Santé Publique dans le monde.

Tableau 1

Nombre de décès et fardeau du suicide (2001)

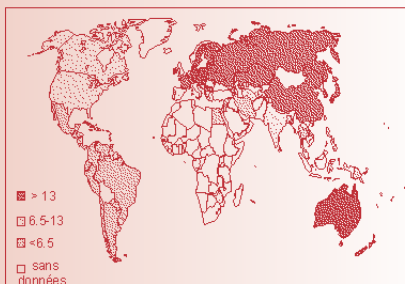
Région	Nombre de décès	DALYs (%)
Afrique	28,000	0.2
Amérique	65,000	1.1
Méditer. Or.	35,000	0.7
Europe	168,000	2.3
SE Asiatique	234,000	1.6
Pacifique Oc.	318,000	2.5
Monde	849,000	1.4

Avec près d'un million de décès par an dus au suicide, le suicide frappe toutes les régions, néanmoins avec d'importantes différences régionales, comme indique le *Tableau 1*.



Figure 1

Taux de suicide (par 100,000)

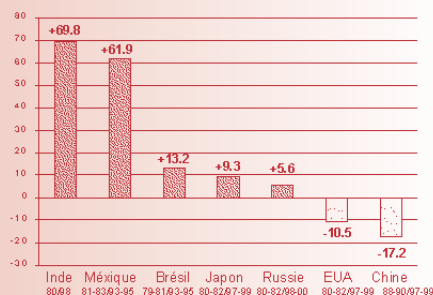


La *figure 1* donne un aperçu de la distribution géographique mondiale du taux de suicide.



Graphique 1

Modifications (%) du taux de suicide dans les méga-pays



Le long des derniers cinquante ans (le temps que l'OMS s'occupe de surveiller la mortalité mondiale), les taux de suicide ont augmenté d'environ 60 % au niveau mondial. Néanmoins, d'importantes différences existent d'un pays à l'autre, comme on peut voir dans le *Graphique 1*, qui montre les différentes croissances et décroissances observées dans quelques "méga-pays", soit, ceux de plus de 100 millions d'habitants. Au Brésil, en Inde, au Mexique, au Japon et en Russie, les taux de mortalité dus au suicide ont augmenté jusqu'à 70 %, tandis qu'en Chine et aux États-Unis, ils ont diminué jusqu'à 17 %.



Graphique 2

Distribution du taux de suicide (par 100,000), monde 1994-96 et France, 1999

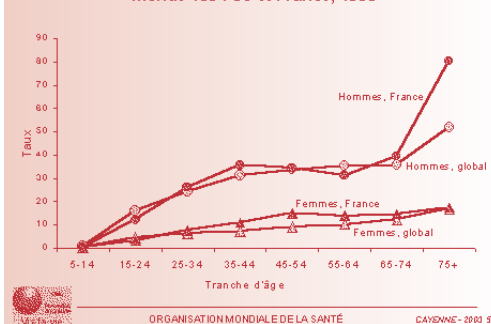


Tableau 2

Principales causes de décès, 15-35 ans, 1998

Région Européenne

Les deux sexes	Hommes	Femmes
1. Accidents de la circ. Accidents de la circ.	1. Accidents de la circ.	Cancer (tous)
2. Suicide	Suicide	Accidents de la circ.
3. Cancer (tous)	Cancer (tous)	Suicide

Graphique 3

Tentatives de suicide/100,000, villes européennes sélectionnées, 15 years +

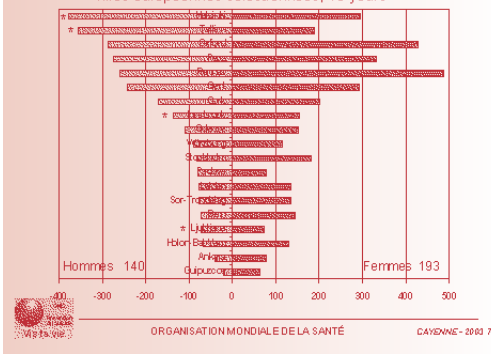


Tableau 3

Facteurs de risque pour le suicide*

Facteurs «figés»	Facteurs «modifiables»
• Sexe	• Accès aux moyens
• Age	• Troubles mentaux
• Groupe ethnique	• Maladies physiques
• Etat matrimonial	• Isolement social
• Situation économique	• Anxiété
• Orientation sexuelle	• Désespoir et insatisfaction avec la vie
• Tentatives antérieures	
• Idéation suicidaire	

* Apud: Foister & Wu, 2002

En moyenne, le suicide est 2-3 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Et, même s'il devient progressivement plus fréquent avec l'âge (voir ces phénomènes et pour la France et pour le monde entier dans le *Graphique 2*), on a observé une tendance plus récente d'agrandissement des taux de suicide chez les jeunes.

En effet, le suicide est, à présent, la deuxième cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 35 ans (les deux sexes confondus) en Europe (*Tableau 2*).

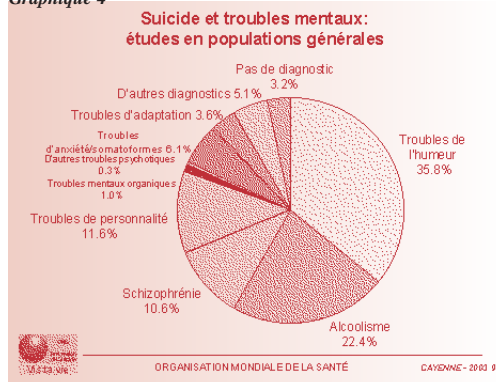
Malheureusement, des données précises et de couverture nationale nous manquent à propos des tentatives de suicide. L'information, plus proche de cela, est dérivée d'une étude du Bureau de l'OMS pour la région européenne, portant sur une trentaine de villes européennes, et qui est présentée dans le *Graphique 3*.

On y voit que les taux varient considérablement d'une ville à l'autre et que, même si les taux sont, dans leur ensemble quelque peu plus élevés chez les femmes que chez les hommes, dans certains cas on observe le contraire (par exemple, à Helsinki, Tallinn, Innsbruck et Ljubljana).

L'augmentation du taux de suicide a amené l'OMS à développer son programme de prévention. Mais, avant de s'y lancer, il a fallu identifier les principaux facteurs de risque associés aux comportements suicidaires, surtout ceux passibles de modifications, et qui sont indiqués dans le *Tableau 3*.

Parmi les facteurs de risque sur lesquels il y a plus de possibilités d'intervention et de modification, il faut signaler les troubles mentaux. À ce propos, une révision systématique de la littérature a indiqué que plus de 95 % de toutes les personnes qui se sont suicidées avaient un trouble mental au moment du décès (ou avaient déjà eu un diagnostic de maladie mentale au préalable).

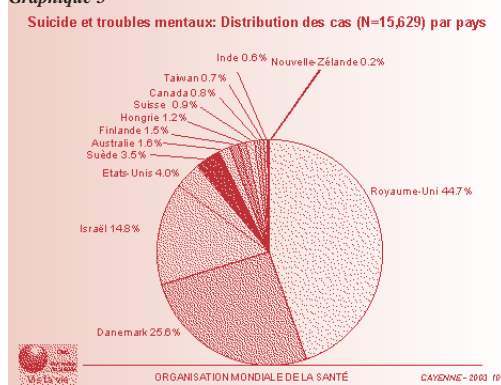
Graphique 4



Les troubles mentaux plus fréquemment associés au suicide sont, par ordre décroissant, les troubles de l'humeur (la dépression, surtout), l'alcoolisme, la schizophrénie et les troubles de la personnalité responsables pour plus de 80 % de tous les cas de suicide (*Graphique 4*).

Mais, il faut dire que ces données sont issues d'études conduites majoritairement dans des pays développés et que plus de 90 % de tous les cas répertoriés sont originaires de quatre pays seulement : le Royaume-Uni, le Danemark, Israël et les États-Unis (*Graphique 5*).

Graphique 5



Les Tableaux suivants (4-6) montrent les activités du programme SUPRE (de l'anglais SUicide PRÉvention) développées par l'OMS, tandis que les *Diagrammes 1 et 2* "voir page suivante" présentent la base conceptuelle du SUPRE.

Tableau 4

Plan d'action 2004-2005

- Surveillance de la mortalité due au suicide
- Production/dissémination d'informations
- SUPRE-MISS (Multisite Intervention Study)
- Appui technique aux Pays Membres

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ CAYENNE - 2003 11

Tableau 5

La prévention du suicide: une série d'indications

1. pour le médecins généralistes
2. pour les professionnels des médias
3. pour le personnel enseignant
4. pour professions de santé primaire
5. pour le personnel pénitentiaire
6. pour groupes de soutien à ceux qui restent.

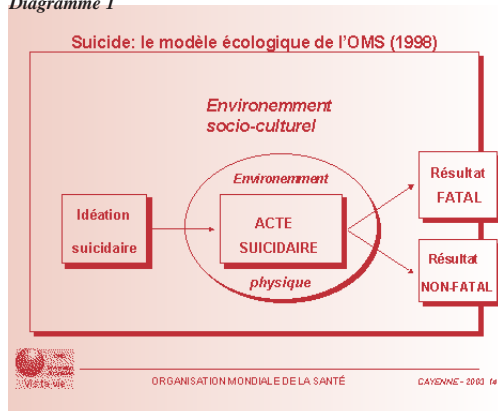
Disponibles en:
Bengale, Chinois, Anglais, Estonien, Français,
Lithuanien, Russe, Espagnol, Vietnamien
(Hollandais, Hongrois, Indonésien, Islandais, Polonais)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ CAYENNE - 2003 12

Tableau 6



Diagramme 1



Enfin, le *Tableau 7* présente les interventions qui ont démontré leur efficacité dans la lutte contre le suicide et qui sont recommandées par l'OMS, tout en soulignant (*Figure 2*) l'absence patente d'études scientifiques sur les facteurs de protection contre le suicide, par comparaison avec ce qu'on connaît sur les facteurs de risque. Voilà une indication pour les recherches à venir.

Diagramme 2

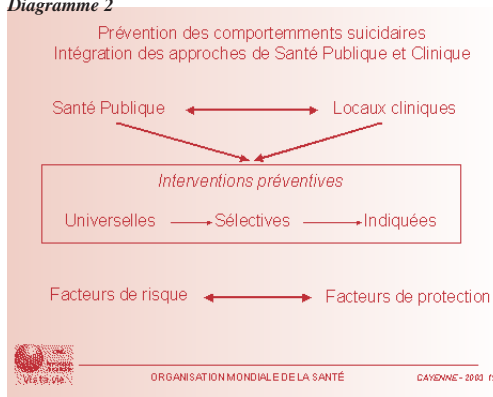


Tableau 7

Interventions de Santé Publique efficaces pour la prévention du suicide

Universelles	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de l'accès aux substances toxiques <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle des armes à feu • Ne pas "sensationaliser" les reportages de médias
Sélectives	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement des personnes atteintes de troubles mentaux (y inclus les troubles dus à l'alcool)
Indiquées	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi thérapeutique des personnes atteintes de troubles bipolaires de l'humeur et des épisodes psychotiques récidivants

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ CAYENNE - 2003 16

Figure 2

Déséquilibre dans la recherche et l'action sur le suicide



M. Jacques CARTIAUX

Directeur de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)

- Pourquoi une intervention publique ?
- Comment ?
- Quel préalable ?

Pourquoi ?

- Un réel problème de Santé Publique
 - 150 à 160 000 tentatives par an,
 - 10 à 1200 décès annuels (10 268 décès en 1999/sous estimation de 20 à 25 %),
 - cause importante de mortalité prématurée (7 270 décès sur 10 268 soit 70 %),
 - taux de mortalité = 17,5 / 100 000 (source : INSERM SC8),
 - une part importante des décès est évitable (accessible à la prévention) avec de fortes inégalités régionales.
- Première cause de mortalité chez les 25-34 ans ;
- Deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans ;
- Des taux spécifiques qui augmentent avec l'âge, notamment après 70 ans (chez les hommes) ;
- D'importants décès par suicide entre 35 et 54 ans (en nombre absolu) ;
- La mauvaise position de la France en Europe avec un taux de mortalité de 16,1 (Source : OMS 99).

La France se situe devant l'Autriche (17,3) et la Finlande (22,4) mais derrière, l'Allemagne (11,9), le Royaume-Uni (7,2), l'Italie (6,01), l'Espagne (7,01) et le Portugal (4,73).

Comment ?

- Elaborée par le programme PRS/PNS 1997/2000 ;
- Lancée dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne, le 19 septembre 2000, lors d'une conférence européenne sur "Le suicide des jeunes" organisée à Nantes ;
- Réaffirmée par le plan gouvernemental de santé mentale du 14 novembre 2001 ;
- Déclinée par les circulaires DGS/SD6C n° 2001/318 du 5 juillet 2001, n° 2002/271 du 29 avril 2002 et n° 355/2003 du 16 juillet 2003, fixant les priorités d'actions pour les services déconcentrés.

Quel préalable ?

- Considérer le suicide comme un problème de santé accessible à la prévention.
 - Le modèle de crise suicidaire : processus dynamique étalé dans le temps accessible au repérage et à une intervention pluridisciplinaire axée sur le lien conduisant à une triple évaluation :
 - *du risque suicidaire,*
 - *de l'imminence du passage à l'acte,*
 - *de la létalité moyenne.*

...ce qui implique d'en parler mais à bon escient.

- Une démarche originale :
 - ascendante,
 - s'appuyant sur l'expérience des régions disposant d'un PRS sur la prévention du suicide,
 - intervention de l'administration centrale en appui technique des PRS, en marge des programmes d'actions locales.
- Fondée par les réflexes mis en œuvre depuis 10 ans
 - rapport du Conseil Economique et Social de 1993 (M. DEBOUT),
 - rapport du Haut Comité de Santé Publique de 1994,
 - conférences régionales de santé en 1997 (le suicide figure parmi 10 priorités de santé publique définies par les Conférences nationales de santé dès 1996),
 - plan national de santé publique de 1997, et maintenant,
 - la loi de santé publique (LOSP).

L'expérience tirée des PRS

- 11 PRS sur la "Prévention du suicide" à partir de 1995 (PSAS/PRS) : Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Pays de Loire, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes,
- 2 PRS sur la "Santé des jeunes" intégrant fortement la problématique de prévention du suicide : Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte-d'Azur,
- 1 PRS sur la "Santé mentale des adolescents" : Midi-Pyrénées,
- 12 PRS "Alcool" et "1 PRS "Pratiques addictives".

La prévention du suicide appelle

- des actions de proximité menées en région par des intervenants de champs disciplinaires différents,

- des actions conduites au niveau national :
 - Santé (soutien aux associations de téléphonie sociale). Journée nationale d'informations. Circulaire du 11/12/1992 (politique en santé mentale en faveur des enfants et des adolescents),
 - Justice (Protection Judiciaire de la Jeunesse, prison),
 - Ministère de l'intérieur (armes à feu),
 - Ministère de l'Education Nationale (classes relais,...).

Les caractéristiques de la stratégie nationale

- La complexité de la démarche de prévention justifie une multitude d'actions menées au plus près des personnes (phénomène multi-factoriel, jonction fréquente de facteurs sociologiques et psychopathologiques),
- La nécessité d'une approche pluriprofessionnelle et interministérielle (EN, justice, transports...),
- La stratégie nationale concerne tous les âges de la vie,
- La prévention primaire, le repérage des suicidants, la prise en charge (qualité des soins aux urgences),
- La connaissance épidémiologique.

Elle s'inscrit dans une dynamique plus globale de santé mentale (novembre 2001)

- Les représentations liées à la maladie mentale,
- Les droits des personnes (évolution de la loi de 1990),
- Les pratiques professionnelles (évaluation et réseaux) (cf. rapport DGS d'avril 2002),
- L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique, trouble mental caractérisé,
- Les partenariats,
- Les programmes de prévention (suicide, dépression, mineurs en difficultés, AIS...),
- L'insertion de la question du suicide dans des actions non spécifiques,
- L'insertion sociale et professionnelle,
- L'offre de soins psychiatriques diversifiés,
- La recherche.

Une dynamique d'expertise, de conception et d'expérimentation

- Un comité d'experts dans le domaine,
- Un comité de suivi regroupant les représentants d'autres départements ministériels (Education Nationale, Administration pénitentiaire, transports ...) ou institutions (INSERM, Fil santé jeune, CFES...),
- L'ANAES,
- La CNAM.

Comité d'experts

- Comité scientifique sur la prévention du suicide
 - * **Pr Patrick HARDY (Président) :** *CHU de Bicêtre, le Kremlin-Bicêtre*
 - * **Dr Patrick ALVIN :** *CHU Kremlin-Bicêtre, département de pédiatrie, Paris*
 - * **M. Rémi BADOUC :** *Assistant social, Association SEPIA de prévention du suicide, Mulhouse*
 - * **Mme Agnès BATT :** *INSERM, Laboratoire de Santé Publique, Université Rennes I, Rennes*
 - * **Dr Sue BENNET :** *Dorset Health Authority Victoria House, Dorset*
 - * **Mme Brigitte CADEAC D'ARBAUD :** *Association Fil Santé Jeunes, Paris*
 - * **M. Louis CHAUVEL :** *Observatoire français des conjonctures économiques, Paris*
 - * **Mme Marie CHOQUET :** *INSERM, U 472, Villejuif*
 - * **Dr Philippe CORNET :** *Médecin généraliste, Paris*
 - * **Pr Michel DEBOUT CHU :** *Hôpital Bellevue, Service de médecine légale, St-Etienne*
 - * **Président de l'association** *Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS)*
 - * **Pr Jean-Pierre DESCHAMPS :** *Institut Universitaire de Santé Publique du Nord-Est, Nancy*
 - * **M. Xavier GASSMANN :** *Psychologue, Point santé mission locale, Sarcelles*
 - * **Dr Michel GUYADER :** *Centre Médico-Psychologique, Morsang-sur-Orge*
 - * **Mme Thérèse HANNIER :** *Association Phare Parents-Enfants, Paris*
 - * **Pr Philippe JEAMMET :** *Institut mutualiste Montsouris, Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Paris*
 - * **M. Eric JOUGLA :** *INSERM SC8, Le Vésinet*
 - * **Dr Xavier POMERREAU :** *Unité Médico-Psychologique de l'adolescent et du jeune adulte, Centre ABA-DIE, CHU de Bordeaux, Bordeaux*
 - * **Dr Jean-François SOLAL :** *Psychiatre libéral*
 - * **Pr Jean-Pierre SOUBRIER :** *Groupe hospitalier Cochin, Correspondant français au Comité Européen de l'OMS sur la prévention du suicide*
 - * **Dr Brigitte TASTET :** *Inspection académique de Seine-et-Marne, Melun*
 - * **Pr Jean-Louis TERRA :** *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, CHS Le Vinatier*

Principales actions nationales réalisées

- 1998 - Recommandations ANAES sur la prise en charge des adolescents ayant fait une tentative de suicide.
- 2000 - Audit des services d'urgence de 60 EPS situés dans les régions dotées de programmes de prévention du suicide, en lien avec les recommandations précitées.
- 2000 - Le comité scientifique produit une synthèse des données épidémiologiques et des facteurs de risque recensés utiles au développement des PRS.
- La FNORS élabore des recommandations sur des actions de prévention primaire, à partir d'évaluations en 1999 et 2000.
- La DGS confie à la FFP et l'ANAES la tenue d'une conférence de consensus sur "La crise suicidaire : mieux reconnaître et prendre en charge" 2000.
- Elaboration de la stratégie nationale d'actions face au suicide.

Objectifs de la stratégie nationale d'actions

- Diffusion d'informations scientifiquement validées auprès du public et des professionnels,
- Appui à la qualité et à la cohérence des actions,
- Amélioration des pratiques professionnelles,
- Garantir la mise en œuvre d'actions à reproduire dans toutes les régions :
 - Désignation d'un référent sur la prévention du suicide dans chaque DRASS,
 - Incitation à une programmation régionale,
 - Incitation à la coordination des actions et des interventions déjà existantes ou à venir.

La stratégie se décline sur 4 axes principaux

- Favoriser la prévention du passage à l'acte (repérage et prise en charge de la crise suicidaire) ;
- Diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge (audit clinique) ;
- Mieux connaître la situation épidémiologique.

Il s'agit d'un programme évolutif dans le temps (compatibilité avec la LOSEP : violence et comportements à risque).

Axe 1 : Favoriser la prévention

- Organisation de sessions nationales de formations de formateurs régionaux sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire, à partir des conclusions et recommandations de la conférence de consensus 2000.
- Déclinaison de ces formations en formations de ressources locales dans neuf champs d'actions : médecine générale, urgentistes, pédiatres, secteurs de psychiatrie, gériatrie en institution, point d'accueil écoute, bénévoles de la téléphonie sociale, éducation nationale, pénitentiaire.
- Renforcement de la pédagogie du CFES/INPES dans le domaine du suicide et de la santé mentale (labelliser des outils d'éducation pour la santé).
- Soutenir les associations (téléphonie sociale NPS, Journée nationale du 5 février, SOS amitiés...).
- Soutenir les associations de parents et proches de suicidés (association PHARE) : prévention et postvention.

Axe 2 : Diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux

- Développer les études épidémiologiques relatives aux circonstances des suicides, le plus souvent impulsifs, par arme à feu ou par utilisation de médicaments (Jouglu Terra, Debout...).
- Groupe de travail sur le suicide dans le métro parisien mis en place dès 2001 à la RATP, en lien avec l'association "Union Nationale pour la Prévention du Suicide" et la Direction Générale de la Santé.
- Loi 2001 du 15/11/02 relative à la sécurité quotidienne et Loi 2003-239 du 18/03/03 pour la sécurité intérieure (conditions d'acquisition et de détention d'armes).

Axe 3 : Améliorer la prise en charge

- Généralisation des audits cliniques ANAES auprès des établissements de santé (services d'urgence) pour l'application des recommandations sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide (méthodo ANAES).
- Mise en place d'un état des lieux sur la diversité de l'activité des services de téléphonie sociale composé de bénévoles et œuvrant dans le domaine du suicide.
- Incitation dans le cadre de programmations régionales :
 - A l'élaboration d'outils régionaux d'informations à destination du public et des professionnels sur les acteurs et institutions (avec l'appui méthodologique de la FNORS et des ORS),
 - Au financement de projets innovants locaux permettant un travail en partenariat entre l'hôpital et la ville.

Axe 4 : Mieux connaître la situation épidémiologique

- Pôle d'observation du suicide, mis en place à la DREES en novembre 2000 (amélioration du recensement des tentatives de suicide suivies à l'hôpital ou en population générale - évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération ; urgences).
- Programme d'intérêt commun (PIC) Santé mentale DGS/INSERM, des études et des recherches sont définies et réalisées depuis 1998 (suicide des personnes âgées en maison de retraite, autopsies psychologiques).

LE BILAN À MI CHEMIN

Formation à la crise suicidaire

- Des points positifs :
 - Implication forte des régions,
 - > 1 600 personnes formées (intervenants de 1ère ligne).
- Des faiblesses : des publics peu touchés
 - Médecins de ville (généralistes),
 - Psychiatres hospitaliers,
 - Pénitentiaire.

Audit clinique

- Un point positif : forte mobilisation des services d'urgence.
- Des faiblesses :
 - Procédure ANAES pas toujours conduite jusqu'à son terme (second tour à un an),
 - Les services de psychiatrie (hors urgence) sont restés peu impliqués.

Accès aux moyens létaux

- Des points positifs :
 - Renforcement de l'arsenal législatif (conditions d'acquisition et de détention d'armes) : Loi 2001 1062 du 15/11/02 relative à la sécurité quotidienne et Loi 2003-239 du 18/03/03 pour la sécurité intérieure.
- Des faiblesses :
 - Suicides par précipitations sous les métros (importance du problème # 100 incidents / an et 24 décès), peu de préconisations pour les précipitations sous les trains (SNCF) : Ø.

Améliorer la connaissance

- Suivi de cohorte de patients schizophréniques (PIC Inserm).
- Suicide chez les personnes âgées (domicile et Maisons de Retraite) PIC.
- Conditions de faisabilité des autopsies psychologiques (PIC).
- Recueil et analyse des causes de décès au cours des 5 dernières années (PIC).
- DREES - Etudes et statistiques, N° 109 avril 2001 "suicides et TS : une tentative d'écadrement statistique".
- DREES/INSERM SC8-Etude 2001 : "recodage des décès classés en causes non déclarées auprès d'un échantillon de médecins".
- DREES "Observation des TS par réseau sentinelles" : Ø.
- DREES-Baromètre santé : "idées suicidaires et TS".
- DREES - Etudes et résultats n° 185 08/02 : "évolution du suicide sur une longue période, rôle des effets d'âge, de date et de génération".
- Recensement des décès par suicide dans les établissements de santé.
- PMSI/MCO introduction d'un code de repérage du suicide, INSERM : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire (M. Choquet, X. Pommereau).
- Etude des suicides sur réseau de la RATP de 1991 à 2000.
- Réseau Yvelines sud : "Ressenti et pratiques des professionnels de l'EN dans le domaine de la prévention du suicide".
- Intégration d'items "suicides" dans l'enquête nationale sur la population prise en charge dans les établissements de psychiatrie.
- PHRC (Financement DHOS).

DES EFFETS "COLLATERAUX" BENEFIQUES

- Accroissement des capacités d'accueil en pédopsychiatrie.
- Renforcement de la présence psychiatrique dans les services d'urgence.
- Renforcement des liens entre professionnels de champs différents (médecine de ville, hôpital, travailleurs sociaux, éducateurs...).
- Intégration de la prévention du suicide dans les formations des futurs médecins et psychologues.

LES AXES DE TRAVAIL POUR LA SUITE

- Le suicide en prison (Rapport TERRA).
- L'approche du suicide par ses déterminants (plan de lutte contre la dépression).
- L'évaluation (dans les suites de l'évaluation de 8 actions de prévention de PRS par FNORS en 2000 : guide, répertoire, actions de formations et d'information, travail interdisciplinaire).

ADMISSIONS DES PATIENTS DE SUICIDE AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER ANDREE ROSEMON DE CAYENNE

Dr. Jean-Michel FONTANELLA

Chef de service des urgences au Centre Hospitalier Andrée ROSEMON (CHAR), Cayenne

Une étude rétrospective portant sur la période du 01 janvier au 30 juin 2003, ayant pour objectif de recenser les cas de tentatives de suicide pris en charge au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Andrée ROSEMON, a été menée afin de comparer les données épidémiologiques de l'Est Guyanais aux données nationales ainsi que pour identifier éventuellement des spécificités propres à l'activité de ce service ou à la population concernée.

Le recueil des données a été possible grâce au logiciel DMU dont dispose le service d'urgence. Chaque tentative de suicide est identifiée de manière redondante, en premier lieu par l'infirmière de la zone d'accueil et d'orientation des Urgences lors de la prise en charge du patient dès son arrivée, en second lieu par le médecin urgentiste prenant en charge le patient et codant le diagnostic principal conformément à la dixième Classification Internationale des Maladies (C.I.M.).

Pour la période du 01 janvier au 30 juin 2003, 130 patients ont été admis pour tentatives de suicide sur un total de 19 810 passages de patients au Service d'accueil des Urgences du Centre Hospitalier Andrée ROSEMON de Cayenne. La prévalence des tentatives de suicide recensée au Service d'Accueil des Urgences correspondant donc à 0,65 % de l'activité de ce service.

La population étudiée est majoritairement féminine avec 72 % de tentatives de suicide admises au Service d'Accueil des Urgences l'âge moyen est de 24 ans pour les femmes et de 29 ans pour les hommes.

Concernant la nature des moyens utilisés pour les tentatives de suicide, les intoxications médicamenteuses sont les plus fréquentes pour 65,3 % des cas, suivis par les intoxications par produits industriels, ménagers ou agricoles pour 27,7 % des cas. Les causes traumatiques, les phlébotomies, pendaisons et blessures par armes blanches représentent quand à elles, 7 % des cas.

Les scores pronostics selon les critères de Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU), sont majoritairement CCMU 2 c'est à dire les patients présentant un état clinique stable mais nécessitant des actes complémentaires pour 36 % des cas.

Viennent ensuite les CCMU 3 c'est à dire les patients présentant un état clinique susceptible de s'aggraver mais sans que le pronostic vital ne soit engagé pour 45 % des cas. Enfin, pour 12 % des cas renseignés, le pronostic vital est engagé (CCMU 4 et 5).

L'orientation des patients à l'issue de leurs passages au Service d'accueil des Urgences s'est traduite par une hospitalisation dans 75,2 % des cas renseignés.

Le service d'hospitalisation accueillant majoritairement les patients à l'issue de leur passage au Service d'accueil des Urgences a été l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée dans 60 % des cas.

L'orientation en milieu d'hospitalisation psychiatrique n'est donc pas la plus fréquemment retrouvée à l'issue du passage au Service d'Accueil des Urgences, soit parce qu'elle n'était pas d'emblée nécessaire soit parce qu'elle ne se justifiait qu'après passage à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

Concernant les heures d'admission, il ressort de cette étude que les patients ayant fait une tentative de suicide sont plus fréquemment accueillis entre 8 H et 24 H : soit 43 % entre 8 H et 16 H, 40 % entre 16 H et 24 H et seulement 17 % entre 24 H et 8 H. Pour ces mêmes patients, il ne semble pas exister de différence pour la variable "jours d'admission de la semaine" ou "semaine d'admission dans l'année". Pour autant, une tendance semble se dégager pour les semaines proches des fêtes (Semaine 11 : Carnaval ; Semaine 16 : Pâques ; Semaine 23 : Pentecôte).

Au total, le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Andrée ROSEMON de Cayenne a recensé 130 tentatives de suicide pour les 6 premiers mois de l'année 2003, correspondant à 0,65 % de son activité. Il s'agissait majoritairement de femmes (72), le moyen le plus fréquemment utilisé est l'intoxication médicamenteuse, l'âge moyen est dans la tranche de 24 à 29 ans. 75,2 % de ces patients ont été hospitalisés, 12 % avaient leur pronostic vital engagé.

L'ensemble de ces données est comparable aux données nationales publiées dans le document N° 109 d'avril 2001 réalisé par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. On retrouve sensiblement le même nombre de tentatives de suicide pour 1 000 habitants en France comme dans notre étude en Guyane, avec respectivement 2,28 pour la France et 2,16 pour notre étude, avec un intervalle d'erreur de 0,5.

Néanmoins, avant de tirer des conclusions plus définitives, d'autant qu'aucun indicateur national proposé par l'Institut de Veille Sanitaire n'étant encore connu, nous estimons que notre expérience doit être confrontée aux données d'autres services d'accueil des urgences.

LES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS DE GUYANE : PROFIL DES SUICIDANTS ET FACTEURS DE RISQUE

Mme Sandrine CHANTILLY

Responsable de la Cellule Etudes de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG)

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, Bonjour.

Je me présente, je suis Sandrine CHANTILLY, Responsable de la Cellule Etudes de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane. Je suis chargée aujourd'hui de vous présenter une analyse que nous avons réalisée très récemment sur les tentatives de suicide chez les adolescents de Guyane.

Cette intervention a pour objectifs :

- de présenter le profil socio-économique des suicidants et son évolution entre 1997 et 2003,
- d'identifier des facteurs et indicateurs de risque des tentatives de suicide chez les adolescents de Guyane.

Cette analyse s'inscrit dans une enquête plus globale réalisée en milieu scolaire en avril dernier, dont les résultats généraux seront disponibles au courant de l'année prochaine. Cette enquête globale porte sur la santé des jeunes. Elle a été initiée par l'ORSG en partenariat avec l'INSERM-Unité 472 et le Rectorat de Guyane.

C'est la 2ème fois qu'une telle enquête est réalisée sur la région, la première ayant eu lieu en mars 1997. Par le biais de ces enquêtes et par la richesse de cette base de données, nous avons voulu :

- décrire l'état de santé des jeunes dans sa globalité,
- analyser les phénomènes de santé en prenant en compte le poids des facteurs sociaux, scolaires et personnels dans leur compréhension,
- connaître l'évolution de ces phénomènes sur une période de 5 ans.

Cette enquête épidémiologique a porté sur un échantillon représentatif de classes de l'enseignement secondaire, privé et public de l'ensemble de la Guyane. Les élèves tirés au sort représentaient un échantillon initial de 4 171 élèves. 26 % d'entre eux n'ont pas participé à l'enquête. Pour plus de la moitié (53 %), la non-participation a résulté de l'indisponibilité, la semaine de l'enquête, des classes tirées au sort. L'effectif final est donc de 3 095 élèves.

LES ÉLÈVES

Notre échantillon est composé de :

- 48 % de garçons contre 52 % de filles,



- un âge moyen de 15 ans avec des individus âgés de 7 à 24 ans,
- 71 % de collégiens, 13 % de lycéens et 16 % d'élèves en LEP.

Ainsi, nous avons constaté que l'échantillon a très peu évolué entre les 2 périodes en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques. Les seules différences statistiquement significatives résident dans le fait que :

- les élèves sont légèrement plus jeunes qu'en 1997,
- les élèves résidant dans l'intérieur de la Guyane et sur le littoral sont plus nombreux,
- la proportion de pères inactifs (à la retraite, au foyer, ...) a augmenté.

LA SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

L'enquête dont sont issus ces résultats avait pour but, comme nous l'avons déjà vu, de cerner l'état de santé global des adolescents. Le temps imparti pour cette intervention ne nous permettant pas de rentrer dans les détails, je ne vous présenterai que l'indicateur "état de santé subjectif".

Ainsi, 80 % des jeunes s'estiment en bonne santé. En 1997, ils étaient 82 % à le dire. 28 % des jeunes disent avoir déjà pensé au suicide sans différence significative entre les 2 enquêtes.

Par contre, les 14 % qui disent être passés à l'acte en 2003 (8 % des garçons et 17 % des filles), représentent une augmentation de 2 points par rapport à 1997. Ainsi, le suicide est en augmentation au sein de la jeunesse guyanaise. Il faut être particulièrement vigilant vis à vis des 4 % de récidivistes.

LES ÉQUIVALENTS SUICIDAIRES

Le passage à l'acte suicidaire est un symptôme caractérisé d'un mal-être qui peut se manifester par des comportements beaucoup plus latents ou détournés tels que certaines conduites à risque ou comportements reflétant une déconsidération de soi en tant que personne humaine. Ces comportements peuvent être abordés par le biais de certains indicateurs qu'il est convenu d'appeler "les équivalents suicidaires".

La proportion de jeunes ayant souvent recours à la violence, aux affrontements, est de 33 %. Cette proportion est en augmentation de 10 points par rapport à 1997. Ceci est relativement inquiétant. Toutefois, seuls 8 % des jeunes (contre 10 % en 1997) sont armés (couteau, arme à feu...).

Les troubles du comportement alimentaire, qui sont des troubles graves, qui souvent conduisent au suicide et/ou à des troubles physiologiques importants semblent concerner uniquement 2 % des jeunes (contre 6 % en 1997). Nous pouvons considérer cela comme une amélioration notable.

Malheureusement, seulement 53 % des élèves en activité sexuelle, ont des rapports protégés de façon systématique. La tendance est également à l'amélioration car cette proportion était de 45 % en 1997.

97 jeunes ont des rapports sexuels contre de l'argent ou des cadeaux (dont 22 de façon systématique ; 78 sont des garçons).

La prise de risque ou l'acte volontaire que reflète le nombre d'accidents graves survenus à un même individu est abordé par le biais de l'indicateur suivant : 74 élèves ont, plusieurs fois, été hospitalisés après un accident.

Pour les indicateurs de dépendance à des produits licites ou illicites, on a :

- 4 % des élèves qui fument régulièrement. C'est un indicateur qui n'a pas évolué en 5 ans,
- 11 % qui s'alcoolisent régulièrement. Ce qui correspond à une augmentation de 4 points,
- 18 % de jeunes qui se droguent contre 24 % en 1997.

Les comportements violents et d'alcoolisation sont les 2 indicateurs en augmentation pour le thème des équivalents suicidaires. Ainsi, les suicidants :

- Sont à 66 % des filles. La tentative de suicide est très spécifique du sexe féminin,
- Ont un âge moyen de 15 ans avec des individus âgés de 11 à 21 ans (très peu lié à l'âge),
- Sont 63 % de collégiens, 18 % de lycéens et 19 % d'élèves en LEP ce qui correspond à la répartition dans l'échantillon,
- Sont pour 60 % de nationalité française, 8 % de français d'origine étrangère et 33 % d'étrangers. La proportion d'étrangers ou de français d'origine étrangère parmi les suicidants est supérieure à celle observée dans l'échantillon.

Au regard de la répartition dans l'échantillon selon le lieu de résidence, on observe que les suicidants sont plus souvent domiciliés à l'intérieur de la Guyane ou en ville (relation statistique très faible).

Toutefois, la répartition selon l'activité des parents est sensiblement la même que dans l'échantillon. Enfin, les jeunes qui ne vivent pas avec leurs 2 parents sont légèrement plus nombreux parmi les suicidants que dans l'échantillon. Les répartitions selon le statut scolaire ou le redoublement sont sensiblement les mêmes parmi les jeunes ayant attenté à leur vie que dans l'échantillon.

Il faut également noter que 30 % des jeunes suicidants sont des récidivistes. C'est un chiffre très alarmant lorsque l'on sait que le risque majeur de la TS est la récurrence qui conduira, avec une forte probabilité à une issue fatale. Ces jeunes, s'ils ne sont pas rapidement dépistés et pris en charge, sont en très grand danger. Par contre, il y a plus de jeunes qui se considèrent comme étant en mauvaise santé parmi les suicidants que dans l'échantillon.

Un fait à retenir, et qui est particulièrement important, est que 8 jeunes sur 10 qui disent avoir tenté de se suicider, n'ont pas été hospitalisés à la suite de ce geste. Cela illustre certainement la non gravité du geste sur le plan de l'atteinte physique mais cela n'exclut pas une détresse psychologique intense qui aurait nécessité une prise en charge hospitalière car il faut s'inquiéter lorsqu'on établit la comparaison entre les 30 % de récidivistes et les seulement 21 % de jeunes qui ont été hospitalisés après un suicide.

Dans la recherche de groupes à risque, il s'agit de mesurer la probabilité de survenue de l'acte suicidaire en présence des autres variables appelées facteurs ou indicateurs de risque.

Le but de la démarche est d'établir des facteurs et indicateurs de risque susceptibles d'être pris en compte dans une politique de prévention du suicide. Ainsi, un groupe à risque est un groupe de jeunes chez lequel s'observe un comportement suicidaire en présence d'autres variables appelées "facteurs" ou "indicateurs" de risque.

Les facteurs de risque sont des caractéristiques pouvant être observées plus spécifiquement chez les jeunes suicidants. Ce sont :

- Certaines variables socio-démographiques et scolaires,
- Certaines variables relationnelles ou relatives au mode de vie.

Les indicateurs de risque sont des caractéristiques pouvant conduire au suicide. Ce sont :

- Certains agissements du jeune facilement observables par l'entourage,
- D'éventuels troubles psychologiques ou physiques du jeune.

Avant de vous présenter les facteurs de risque chez les garçons, il me faut rajouter quelques mots sur la méthodologie.

Comme cela a été montré précédemment, les filles font beaucoup plus de tentatives de suicide que les garçons. Il nous a donc semblé plus pertinent de réaliser une analyse des facteurs et indicateurs de risque, par sexe.

Concernant la lecture des tableaux qui vont suivre, je vous donne quelques indications :

- lorsque l'intervalle de confiance (dernière colonne) ne contient pas le chiffre 1, l'odds-ratio, inscrit dans la colonne centrale, mesure le risque probable d'apparition de la tentative du suicide en présence de la caractéristique correspondante.
- Pour exemple, le risque de TS est 5 fois plus élevé pour un garçon homosexuel que pour un garçon n'ayant aucune activité sexuelle. De même, ce type de tableau permet d'évaluer le risque relatif de chaque facteur de risque. C'est à dire que lorsque l'on compare les odds-ratio, on observe que l'homosexualité pèse beaucoup plus lourdement que la mauvaise ambiance familiale sur le risque de tentative de suicide chez les garçons.
- Enfin, lorsque l'odds-ratio est inférieur à 1 et que l'intervalle de confiance ne contient pas la valeur 1, alors la caractéristique joue comme "facteur de protection". Ainsi, le fait d'être âgé de 18 ans ou plus semble protéger davantage les garçons que s'ils ont moins de 14 ans.

Un des faits marquants est que les caractéristiques socio-démographiques semblent très peu jouer sur le risque d'apparition de l'acte suicidaire (à l'exception du lieu de résidence), fait qui est d'ailleurs souvent rapporté dans la littérature.

Il est évident que lorsque les facteurs se cumulent pour un même individu, le risque d'apparition de la tentative de suicide est d'autant plus élevé.

LES GARÇONS ET LE SUICIDE : *les facteurs de risque*

C'est pourquoi, s'opposent 2 groupes de jeunes garçons :

- un à faible risque suicidaire, qui n'a pas de rapports sexuels, et qui vit au sein d'une famille dans laquelle l'ambiance est très bonne. Dans ce groupe, 4 % ont fait une tentative de suicide,
- un à haut risque suicidaire, en activité sexuelle et qui vit au sein d'une famille où l'ambiance familiale est détériorée. Dans ce groupe, 16 % ont tenté à leurs jours.

Nous voyons ici, l'importance des caractéristiques plus subjectives par rapport aux facteurs de risque.

LES GARÇONS ET LE SUICIDE : *les indicateurs de risque*

Les indicateurs de risque semblent avoir un rôle beaucoup plus déterminant sur l'acte suicidaire avec 5 indicateurs de risque, il s'agit :

- d'être fumeur,
- d'être violent,
- d'avoir été victime d'une agression sexuelle,
- de se plaindre de troubles somatiques,
- de souffrir d'une maladie chronique ou d'un handicap.

Les odds-ratio sont très élevés (indicateurs de risque importants) et les IC sont corrects ce qui laisse penser que le modèle est assez bien estimé. Ces indicateurs de risque sont, pour la plupart, à priori, assez facilement repérables par un observateur attentif et devrait permettre un meilleur dépistage de la tentative de suicide chez les garçons.

Ainsi, s'opposent 2 groupes extrêmes de jeunes garçons :

- un à faible risque suicidaire, non-fumeurs, n'ayant pas été victimes d'agression sexuelle. Dans ce groupe, 6 % ont fait une tentative de suicide,
- un à haut risque suicidaire, fumeurs, ayant été agressés sexuellement. Dans ce groupe, 69 % ont tenté à leurs jours.

LES FILLES ET LE SUICIDE : *les facteurs de risque*

De même que pour les garçons, les caractéristiques socio-démographiques semblent très peu jouer sur le risque d'apparition de l'acte suicidaire (à l'exception de la nationalité étrangère).

On a également une prépondérance des facteurs relatifs à la vie relationnelle. Comme pour les garçons, les filles homosexuelles ont 5 fois plus de risque de passer à l'acte que celles qui sont vierges de tout rapport. Pour les filles, les facteurs à risque sont souvent les suivants :

- être de nationalité étrangère,
- se sentir souvent seule,
- être en activité sexuelle,
- vivre au sein d'une famille dont l'ambiance n'est pas très bonne.

Les odds-ratio sont très élevés et les IC sont, pour la plupart, assez étroits. Ces facteurs de risque jouent donc un rôle déterminant.

C'est ainsi que 2 groupes extrêmes, de jeunes filles, s'opposent :

- un à faible risque suicidaire, de filles qui se sentent très entourées, n'ont pas de rapports sexuels et qui vivent dans une très bonne ambiance familiale. Dans ce groupe, 3 % ont fait une tentative de suicide,
- un à haut risque suicidaire, de filles qui se sentent seules, en activité sexuelle et qui vivent au sein d'une famille dont l'ambiance n'est pas bonne. Dans ce groupe, 39 % ont attenté à leurs jours.

LES FILLES ET LE SUICIDE : *les indicateurs de risque*

On retrouve également, au niveau des indicateurs de risque, une influence forte de ces caractéristiques de conduites à risque et de malaise sur la probabilité d'apparition d'un acte suicidaire. En effet, les odds-ratio sont très élevés (indicateurs de risque importants) et les IC sont très serrés ce qui laisse penser que le modèle est assez bien estimé.

Les indicateurs de risque semblent avoir un rôle beaucoup plus déterminant sur l'acte suicidaire avec 4 indicateurs de risque, mais qui agissent très en amont, c'est à dire même quand le sujet présente une exposition moyenne à ces caractéristiques. On a, pour les adolescentes, le fait :

- de consommer de l'alcool,
- d'être violente,
- d'avoir été victime de violence (physique ou sexuelle) avec un risque plus caractérisé pour celles qui ont été agressées sexuellement,
- de présenter des symptômes de dépressivité.

De même que pour les garçons, ces indicateurs de risque sont susceptibles d'être repérés par un observateur attentif et devraient permettre un meilleur dépistage de la tentative de suicide chez les filles.

Pour les filles, le fait d'avoir une consommation d'alcool à risque semble les exposer davantage au suicide ; l'équivalent étant l'agression sexuelle.

Ainsi, s'opposent 2 groupes extrêmes de jeunes filles :

- un à faible risque suicidaire de filles qui ne boivent pas d'alcool, n'ayant jamais été violentées et en bonne santé mentale. Dans ce groupe, 4 % ont fait une tentative de suicide,
- un à haut risque suicidaire de filles qui s'alcoolisent, victimes de violence (physique et/ou sexuelle) et présentant des symptômes dépressifs. Dans ce groupe, 53 % ont tenté à leurs jours.

LES TENTATIVES DE SUICIDE : Récapitulatif des facteurs et indicateurs de risque selon le sexe

Comme vous pouvez le constater, la similitude entre garçons et filles se situe au niveau des facteurs de risque que sont l'activité sexuelle et la mauvaise ambiance au sein de la famille. Néanmoins, ces facteurs semblent peser plus lourdement sur les filles que sur les garçons (OR filles > OR garçons).

Aussi, les filles qui se sentent seules sont très exposées et sont plus tentées de tirer une sonnette d'alarme, ce que représente souvent la tentative de suicide pour celles-ci. La solitude n'agit pas de façon identique chez les garçons.

En ce qui concerne les indicateurs de risque, on peut relever plusieurs choses : la conduite à risque en terme de dépendance se fait vis-à-vis d'un produit licite (l'alcool pour les filles et le tabac pour les garçons).

Ces jeunes suicidants, pour la plupart, expriment leur mal-être par la violence. Ainsi, l'auto-agressivité que représente la tentative de suicide semble toujours assortie d'une hétéro-agressivité. En terme de prévention, il faudra, d'une manière ou d'une autre, canaliser cette violence quelle qu'en soit la cible : le "Moi" ou l'Autre".

Les garçons, plus souvent dans les rapports de force physique que les filles, attendent à leurs jours lorsqu'ils sont exposés à la violence sexuelle alors que les filles apparaissent comme étant sensibles à toutes les formes de violence.

Néanmoins, un garçon agressé dans son intimité tombera plus vite dans la spirale du suicide qu'une fille ayant vécu la même expérience malheureuse (OR garçons > OR filles).

En ce qui concerne les indicateurs de malaise, ils concernent la santé physique pour les garçons et la santé mentale pour les filles. Le fait que les garçons présentant des troubles physiques sont, en probabilité, plus exposés au risque de suicide serait-il en rapport avec l'image de l'homme qui est véhiculée dans la société et l'adéquation entre les attentes supposées de l'entourage et les possibilités physiques de ces garçons ? Alors que l'on parle souvent de la pression de la "norme" concernant l'esthétique des filles, n'y aurait-il pas, pour les garçons,

une vigilance particulière à avoir quant à la représentation masculine en terme de virilité et de force physique, dans la société ?

Enfin, force est de reconnaître que les indicateurs de risque de suicide chez les garçons apparaissent comme étant plus facilement identifiables par l'entourage que pour les filles. Exemple de la cigarette à la bouche plutôt que du verre de rhum à la main. En terme de prévention, c'est un élément qu'il ne faut pas négliger.

De façon globale, la plupart des facteurs et indicateurs de risque identifiés par notre analyse ont été rapportés par la littérature. Ceci permet de confirmer la validité de la technique d'enquête et de la méthode d'analyse.

Toutefois, les spécificités que l'on peut relever sont les suivantes :

- le lieu de résidence apparaît rarement comme facteur de risque. Mais, il est vrai que si le fait d'habiter dans l'intérieur de la Guyane pour les garçons semble être un facteur de risque de la TS, le risque s'y rapportant n'est pas très élevé (borne inférieure de l'intervalle de confiance très proche de 1),
- dans la littérature nationale, ce sont plutôt les filles françaises d'origine étrangère qui sont plus exposées au risque de suicide alors qu'en Guyane, cet aspect est vérifié statistiquement pour les filles de nationalité étrangère.

L'enquête sur la santé des adolescents menée en 2003 permettra certainement une réelle avancée dans la compréhension de l'état de santé des jeunes et sur l'analyse des déterminants de santé. Il faudra attendre encore quelques mois pour tirer les enseignements dans leur globalité.

Néanmoins, les premiers résultats livrés par cette analyse sur les tentatives de suicide nous montrent que de nombreux indicateurs sont stables ou vont en s'améliorant : moins de redoublement, une amélioration en terme d'aménagement et d'infrastructures scolaires (cantines, internats, satisfaction scolaire), une diminution de certaines conduites à risque (troubles du comportement alimentaire, sexualité à risque, consommation de drogue, ...).

Mais malheureusement, ceci ne peut pas nous faire oublier que le recours à la violence est de plus en plus fréquent parmi les jeunes comme dans la population adulte. Violence envers l'autre mais aussi envers soi illustrée par l'augmentation des tentatives de suicide de la part des jeunes Guyanais. C'est pourquoi l'enjeu devient de plus en plus crucial en matière de prévention et qu'il nous faudra utiliser à bon escient les facteurs et indicateurs de risque que nous avons identifié ensemble.

ANIMATRICE

Mme Nadine FELIX

Journaliste, Radio France Outre-mer (RFO)

RAPPORTEURS

Dr. Benoît COTTRELLE

Médecin Inspecteur Régional de Santé Publique - Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)

Mme Marie-Thérèse MAZY

Présidente de Comité Départemental d'Education à la Santé (CODES)

Dr. Jean CHAPUIS

Médecin Conseil à l'Echelon Local Service Médical (ELSM) - CGSS

1ère
table ronde

Représentation du Suicide dans chaque communauté

LE SUICIDES DANS LES GRANDS CENTRES URBAINS BRÉSILIENS

M. Léon DE SOUZA LOBO GARCIA

Secrétariat municipal de la santé de Sao Paulo - Brésil

Durant les années 80 et 90, le Brésil a accompagné la tendance mondiale d'accroissement du taux de suicide. Nous sommes passés d'une mortalité de 3,3/100 000 habitants en 1980 à 4,1/100 000 en 1995. Cet accroissement se révèle encore plus important si nous considérons les chiffres concernant les jeunes habitant les grands centres urbains.

En 1998, parmi la population âgée entre 15 et 24 ans, le taux de suicide atteignait 5,0/100 000 habitants, soit une augmentation de plus de 42 % par rapport à 1979. La prédominance des garçons envers les filles (2,7 : 1) et le faible niveau d'éducation (49 % avaient moins de 8 années d'études) sont les caractéristiques plus marquées de cette population.

Les chiffres concernant le suicide des jeunes doivent être considérés dans le contexte du radical changement de la mortalité des jeunes Brésiliens à partir des années 60.

La mortalité par causes extérieures parmi les jeunes atteint 143,3/100 000 habitants. L'accroissement de ces taux durant la période 1979-1998 fût encore plus important que celui du suicide : 76,5 %.

Le processus d'urbanisation, le grand changement social et politique accompagné d'une faible croissance économique et du chômage qui en découle sont les grands événements qui ont marqué ces deux décennies.

C'est en partant de ces repères qu'il faut analyser le suicide parmi la population brésilienne jeune.

LE SUICIDE DANS LA CULTURE HAITIENNE TRADITIONNELLE

Dr. Cécile MAROTTE

*Ethnopsychiatre - Equipe de psychiatrie transculturelle (Hôpital de Montréal pour enfants)
- Présidente du Réseau d'Intervention auprès des personnes ayant subi la Violence Organisée (RIVO)*

Le suicide dans la culture haïtienne traditionnelle

Le suicide dans la culture haïtienne traditionnelle est un phénomène rare, peu relevé par l'ensemble de la revue de littérature, du fait même que la culture traditionnelle est une structure de type communautaire, fortement ancrée à la religion : le vaudou et que le suicide représente un acte individuel, l'affirmation d'une liberté individuelle non prévue ni pensée par le système traditionnel, même s'il veut exprimer une situation de désespoir.

Nous développerons l'approche de la notion de suicide dans la culture haïtienne traditionnelle en trois (3) points :

1. L'organisation sociale haïtienne traditionnelle,
2. L'imbrication étroite de la culture, de la religion et de l'organisation sociale dans la culture haïtienne traditionnelle,
3. L'émergence du suicide comme signal d'alarme du démantèlement de l'organisation sociale et culturelle en Haïti.

L'organisation sociale haïtienne traditionnelle

Le suicide ne correspond, en effet, à aucune catégorie d'explication admise et compréhensible socialement dans la culture traditionnelle haïtienne. La culture traditionnelle de type communautaire contient, d'une manière ou d'une autre, l'ensemble des membres qui la composent.

Elle constitue un contenant et, à ce titre, s'individualiser - le penser, le vouloir et passer à l'acte - est l'action d'un fou ou d'un malade mental. Mais, là encore, la notion de folie est récupérée par une explication de type religieux et peut devenir le fait d'une attaque sorcière contre l'individu qui en est atteint.

En somme, se suicider, ne correspond pas à un acte individuel ou à un acte de liberté. La personne qui se suicide est le plus souvent l'objet d'une poursuite spirituelle, de la part d'esprits cherchant à se venger d'un manquement à leur égard. Ou bien, elle est le 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. En somme, un règlement de compte social dont tout le groupe est au courant et participe indirectement.

Dans les deux cas, la part de décision d'un seul individu comme tel est extrêmement rare. Ce dernier est toujours contenu dans une explication englobante intéressant l'ensemble de la famille et du groupe social auxquels il appartient. Ainsi, un sujet est toujours d'abord l'enfant de..., avant d'être lui-même et il lui est très difficile de chercher à s'exclure de cette appartenance.

En effet, d'où un individu pourrait-il tenir la liberté d'agir seul sur lui-même ? D'où cette liberté pourrait-elle lui venir ? Dans un tel cas, il ne serait pratiquement plus un humain mais un dieu ou un esprit. Poser un acte tel que le suicide interromprait donc le cours d'une existence organisée non par les individus actuels mais par les ancêtres ou par les loas. Ce serait donc braver le sort et entrer en compétition directe avec le monde symbolique : ce serait être devenu fou ! C'est la raison pour laquelle, on a rencontré jusque dans les années 70/80, très peu de fous en Haïti et que les structures de prise en charge de la santé mentale y sont si peu développées (hôpitaux, centres de psychiatrie et de psychologie, dispensaires de dépistage ou hôpitaux de jour).

Un individu est un sujet rattaché, relié à sa famille et à sa communauté et sa famille elle-même est sous la tutelle d'esprits spécifiques (les loas racines). Il n'est jamais seul et ignore les prérogatives liées à l'action individuelle. Il est un être foncièrement inscrit dans un groupe social qui le contrôle et qui peut le violenter mais qui le contient tout à la fois.

Le suicide, lorsqu'il a lieu, n'est donc pas un acte volontaire individuel mais la conséquence 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. La mort subite serait la plupart du temps une mort incompréhensible si, immédiatement, elle ne se trouvait expliquée d'une manière sociale ou religieuse puisqu'elle peut frapper des personnes en pleine santé et jeunes. Si un sujet se suicide, son acte est la plupart du temps "récupéré" et est l'expression d'une volonté spirituelle/religieuse ou sociale mais non individuelle.

Culture, religion et organisation sociale dans la culture haïtienne traditionnelle

Le suicide représenterait donc une mort incompréhensible et non - représentable si la liberté individuelle humaine était admise au sein de la communauté. Or, la culture haïtienne traditionnelle est essentiellement axée sur le culte des morts.

Sa religion, le vaudou, imprime en effet la vie quotidienne haïtienne de cette articulation au monde des morts. Qui dit culte des morts dit culte des ancêtres et liens permanents avec les esprits des personnes décédées et les esprits du vaudou attirés à chaque famille : les loas-racine qui exigent obéissance, offrandes et sacrifices (services et cérémonies vaudou qui articulent toute la vie quotidienne).

Les morts ne disparaissent ainsi jamais complètement du paysage social des vivants et peuvent exercer une action directe sur le sort des vivants ou des représsailles. D'où l'importance des rituels funéraires, des funérailles et de la sépulture.

Par exemple, dans les campagnes haïtiennes, les familles paysannes n'enterrent pas leurs morts dans un cimetière mais sur leur propre terre, tout près de la maison d'habitation. Cette proximité revêt des fins de protection et de contrôle des personnes décédées de la part des vivants. La mort volontaire apparaît là encore comme impossible et rare, telle une transgression de la part d'un humain de prétendre pouvoir vouloir et agir sur lui même au niveau de la vie et de la mort.

Le suicide comme signal du démantèlement de l'organisation sociale traditionnelle en Haïti

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. Pourquoi un individu choisit-il de s'exclure de manière radicale et définitive de sa communauté ?

Plusieurs raisons peuvent l'expliquer :

A . soit la communauté est affaiblie : exode rural, et ne parvient plus à contenir et donc à retenir ses membres dont certains peuvent être suffisamment traumatisés pour perdre pied et commettre un suicide,

B . soit la communauté est éclatée : boat-people, exode hors du pays, et les membres sont acculés à fonctionner comme des individus en lutte pour leur survie dans un cadre de vie dit "moderne", en adoptant les recours existant dans les cas de situation désespérée ou d'impasse (emprisonnement, camps de réfugiés, refus de la demande d'asile),

C . soit pour des raisons politiques, certains membres de la communauté sont ciblés et exclus géographiquement de cette communauté : exil politique à moyen et long terme, recomposition familiale et adaptation obligée aux normes de la modernité.

La fragilité de la communauté peut entraîner pour des raisons économiques l'éclatement de la famille et/ou l'exode de la campagne vers la capitale haïtienne de certains membres qui sont alors confrontés, de manière générale, à une existence de survie individuelle et de violences diverses. Il est important de noter, malgré tout, que le taux de suicides dans de telles circonstances n'est pas élevé et que d'autres déficits le sont beaucoup plus : délinquance, drogue, prostitution, apparition massive des déficits dus au stress et à la dépression.

Lorsque l'éclatement de la communauté et de la famille contraint les individus à s'exiler hors d'Haïti et à devoir vivre pour un temps indéterminé loin du cadre de vie initial, il peut y avoir adaptation mais aussi une déperdition progressive du sens donné à la vie chez certains, en particulier chez les enfants ou les adolescents isolés ou confrontés, même au sein de leur parenté ou des familles qu'ils ont pu rejoindre à l'étranger, à certaines formes d'abus sexuels. On pense ici surtout aux adolescentes (mineures non accompagnées) qui subissent des violences sexuelles, qui ont alors recours à l'avortement et qui, bien souvent, sont seules à porter l'ensemble des problèmes. C'est dans de telles situations que l'on commence alors à relever des cas de suicides.

Enfin, lorsque pour des raisons d'exil obligé (politique), la famille a été trop longtemps séparée et que la réunification familiale tarde ou ne se fait pas parce qu'entre-temps il y a recomposition familiale, la confrontation obligée aux normes de la vie moderne, lesquelles privilégient le développement de l'individu et son autonomie, peut amener quelques sujets parmi les plus vulnérables ou qui ont été plus exposés à des séquences traumatiques, au suicide.

Dans tous les cas, comme nous l'avons déjà noté, le suicide demeure peu élevé chez les Haïtiens, en Haïti ou hors d'Haïti. Mais si le suicide doit être remarqué comme une composante de non adaptation, c'est davantage hors d'Haïti qu'on peut le relever et travailler alors à sa prévention. Les conditions d'exil et de voyage, de dislocation de la famille et de la communauté sont à invoquer comme des facteurs qui, tous, sont un signal de difficultés traumatiques extrêmes dans le pays d'origine qui ont affecté et détérioré les liens familiaux et communautaires, qui ont affecté la culture et la manière dont cette dernière parvient ou non, à travers les personnes en situation d'exil, à se "tricoter" avec les diverses sociétés d'accueil.

REFLEXION SUR LA SITUATION DU SUICIDE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Pr. Jean-Pierre SOUBRIER

Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Président de la Section de Suicidologie - Association Mondiale de Psychiatrie - Ancien Président de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide (IASP) Chairman de la Section de Suicidologie de l'Association Mondiale de Psychiatrie.

Les études antérieures des sociologues, DURKHEIM (1887), HALBWACHS (1930) et enfin BAECHLER (1970) ont donné quelques indications sur l'étude des suicides. La suicidologie, science moderne, inclut la prévention du suicide qui n'avait pas été abordée par les sociologues précités.

BAECHLER l'avait défini comme "l'illusion des spécialistes". Les constats de DURKHEIM restent valables mais la remarque d'HALBWACHS sur la nécessité d'étudier des "zones de civilisation au lieu de zones géographiques" apparaît très pertinente.

Il semble que le but principal de ce colloque soit de centrer l'information et la discussion sur les conduites suicidantes du jeune en Guyane.

En 1974, lors d'une conférence de l'OMS tenue à Luxembourg et intitulée "Aspects et tendances modernes du comportement auto-destructeur", j'avais émis l'hypothèse socio-analytique suivante et ceci au-delà de ce que j'avais appelé les dangers de "l'ivresse chimique" constatée depuis la deuxième moitié du XXème siècle à savoir : le nombre important des absorptions médicamenteuses et toxiques volontairement suicidaires, et des abus de drogues et de l'alcoolisme du jeune.

Schématiquement, nous pouvons ainsi proposer qu'à partir d'un fait actuel indéniable, l'individu (et surtout le jeune) éprouve des problèmes d'adaptation ou de réadaptation. La tendance du comportement va dans le sens de certaines libérations (politiques et sexuelles entre autres) mais, pour ce qui nous intéresse, l'autodestruction, nous pouvons faire une distinction, d'une part, entre la forme individuelle et collective et, d'autre part, entre la forme consciente et inconsciente.

Mais quelle que soit la forme envisagée, il faut admettre que la société, et l'adaptation de l'individu à la société, conditionne le type d'autodestruction.

L'information de masse, l'industrialisation, la mécanisation, sont les facteurs qui interviennent dans la genèse de l'angoisse collective et de sa complication majeure, la dépression suivie ou non de suicide.

En fait, étant donné l'expansion considérable que prennent actuellement les dépressions exogènes, tout pourrait se résumer à déterminer les facteurs dépressifs modernes. L'angoisse, provoquée par l'éclatement des groupes sociaux, entraîne une avidité orale, un réveil des instincts de mort, et de là, un renforcement de la position dépressive qui, si un facteur événementiel intervient, se complique par un passage à l'acte suicidaire, conscient ou inconscient, anonyme ou non : un accident de la circulation routière par exemple...".

Près de 30 ans plus tard, que pouvons-nous ajouter outre les dépendances toxiques ?

L'association de la violence et de la délinquance, cela va de soi. Sur la base de quels documents ou expériences pouvons-nous le confirmer ?

J'ai choisi les trois études récentes suivantes :

1. Le rapport parlementaire de Madame Christine BOUTIN, Députée, remis en septembre 2003 au Premier Ministre sur le thème de "L'isolement social dans ses rapports avec le suicide en France",
2. Les résultats d'une étude SOFRES réalisée après deux sondages (2000-2002),
3. Une étude pilote effectuée en France de 1999 à 2001 dans la région Tarn

Nord.

1 - LE RAPPORT PARLEMENTAIRE : *"Pour sortir de l'isolement, un nouveau projet de société"*

Ce rapport présente un "état des lieux" concernant la problématique suicide en France, tel que demandé par la mission confiée à Christine BOUTIN, Députée des Yvelines, par le Premier Ministre.

Les dernières études statistiques (1999) font état des chiffres suivants :

- 10 268 suicides (7 427 masculins et 2 841 féminins), soit un taux de 17,5 / 100 000 ;
- Sur 20 ans, l'année 1985 a été la plus suicidaire ;
- Les suicides semblent plus élevés dans la tranche d'âge des 35-54 ans, et en fait dans la tranche 45-54 ans ;
- Première cause de mortalité entre 25-34 ans ;
- Deuxième cause après les accidents pour les 15-24 ans ;
- Les taux de suicide chez les personnes âgées restent importants : 36,3 chez les 75-84 ans et 49,6 chez les 85-94 ans.

Officiellement, il est reconnu une sous-estimation d'au moins 20 % à 25 % du fait de l'incertitude des certificats de décès et de l'insuffisance de communication entre les divers services administratifs.

En apparence :

- Il y a moins de suicide dans les régions de l'Est et du Sud-Ouest (voir Albi) contrairement aux régions du Nord-Ouest (Bretagne, Pas-de-Calais) où l'alcoolisme est connu.

- Il existe une surmortalité rurale.
- La méthode la plus fréquente reste la pendaison (y compris chez les femmes) mais l'emploi des armes à feu est signalé majeur.
- On constate une variabilité concernant les toxiques mais ils sont utilisés en prédominance par les femmes.
- Les cadres supérieurs sont "moins touchés".
- Chez les cadres moyens (ouvriers et employés) : l'augmentation est progressive.
- Les plus atteints sont les inactifs dans un groupe relativement hétérogène : malades, chômeurs, jamais employés.
- Les taux sont moins élevés chez les hommes mariés ainsi que chez les femmes mariées (mais plus bas). Les taux plus élevés chez les femmes veuves.

En ce qui concerne les tentatives de suicide, dans l'impossibilité habituelle de réunir des chiffres, l'estimation varie entre 160 000 et 500 000 selon les sources.

Deux problèmes majeurs ont émergé de l'enquête :

- le déficit de la prévention,
- le manque de formation des personnels et autres intervenants.

Et ceci, quel que soit le niveau de prévention, que ce soit le "soutien à ceux qui restent" ou "le suivi après une tentative de suicide" lors de la sortie de l'hôpital général.

En ce qui concerne les causes sociales éventuelles, rien n'apparaît précis sauf si on relie le phénomène suicide au problème de la cohésion sociale et là interviennent la précarité et l'isolement social dans tous leurs aspects connus et habituels.

Aussi, parmi les propositions du rapport, on signalera que "pour répondre à la crise de la reconnaissance, il convient de reconnaître les besoins sociaux", ce qui comprendra le renforcement de la prévention dans les domaines de la santé mentale et du suicide, tel que :

- renforcer les moyens de prévention du suicide,
- prendre en compte les besoins psychologiques de la famille et de la femme,
- instaurer dans les écoles, une semaine de santé.

A cela s'ajoute la nécessité de réaliser certaines études et enquêtes :

1. liens existants entre suicide et sexualité (le problème des homosexuels),
2. étude de la sur-suicidalité liée à la consommation des stupéfiants¹.

Avant la remise de son rapport au Premier Ministre, Madame Christine BOUTIN m'avait demandé de lui fournir mes "réflexions et commentaires sur le lien social en France".

¹ L'Organisation Mondiale de la Santé a diffusé des recommandations de prévention du suicide destinées à 6 catégories professionnelles différentes, notamment, les médecins généralistes et le personnel pénitentiaire et scolaire. Traduites en français par J.P. SOUBRIER : la brochure pour le milieu scolaire a été diffusée par le Ministère de l'Education Nationale et la brochure pour le milieu pénitentiaire a été reconnue comme " un exemple de synthèse de recommandation " dans le rapport du Pr TERRA sur le suicide en prison (2004).

J'ai intitulé ma réponse "Prévention du suicide et lien social" :

- A.** En posant la question suivante : l'insuffisance éducative provoque-t-elle une rupture du lien social ?
- B.** En proposant d'analyser la situation :
 - a)** en posant un diagnostic local (communal et départemental) des problèmes liés à l'isolement et l'exclusion,
 - b)** en évaluant les besoins et les diverses carences (humains, financiers, techniques, institutionnels),
 - c)** en proposant des mesures concrètes, précises et ciblées en se basant sur des expériences internationales.

Les informations nécessaires à l'établissement d'un diagnostic local pourraient être recueillies auprès des collectivités locales et des Directions d'Actions Sanitaires et Sociales.

2 - LE SUICIDE EN FRANCE

Réalisé d'après une triple enquête de la SOFRES effectuée à l'initiative de l'Union nationale pour la prévention du suicide, entre 2000 et 2002 sur un échantillon national de 1 000 personnes de 18 ans et plus.

- A.** Les Français et la prévention du suicide : les résultats
 - ont tendance à sous-estimer l'incidence réelle du suicide et de façon plus nette lorsqu'il s'agit des tentatives,
 - plus d'un tiers des personnes interrogées a été ou est directement concerné par la mort par suicide ou sa tentative à travers ses proches,
 - pensent qu'il est possible et nécessaire d'agir et ainsi d'éviter l'issue fatale,
 - pensent que le suicide est d'abord l'expression de la souffrance des personnes,
 - considèrent les ruptures sociales, les difficultés et bouleversements familiaux comme les causes premières du comportement suicidaire,
 - pensent que le réseau associatif est très peu connu.

- B.** Les élus locaux et la prévention du suicide. L'enquête est réalisée sur 400 élus locaux et porte sur 4 questions :
 1. perception et connaissance personnelle du suicide,
 2. approche de la prévention dans le cadre de leur mandat électif,
 3. actions engagées dans leur circonscription,
 4. connaissance du mouvement associatif et leur rapport d' élu avec celui-ci.

Les résultats de cette enquête :

1. Le suicide n'est pas une priorité pour les pouvoirs publics,
2. Sous-estimation connue par l'ensemble des citoyens,
3. Peu de motivation publique pour la prévention du suicide,
4. Le suicide concerne avant tout les jeunes,
5. Il faut parler de suicide "dans les grands médias",

6. On peut en parler aux adolescents. Les responsables de l'éducation éprouvent souvent de la réticence à en discuter,
7. A titre personnel, favorables à la mise en place d'une prévention,
8. Bien que peu confrontés à ce problème ni avoir connaissance de dispositifs existants,
9. Souhaitent une limitation des moyens létaux, mettant en premier le nombre de prescription des "tranquillisants" alors que 25 % des suicides concernent les armes à feu.

En conclusion générale :

Ce sont chez les élus les plus jeunes que l'attention est trouvée. Le monde rural est le plus réservé pour l'organisation d'une prévention.

3 - ETUDE PILOTE POUR LA PREVENTION DU SUICIDE EN PAYS ALBIGEOIS (1999-2001)

Le choix de cette région a été établi à cause d'un doute sur la fiabilité des statistiques de la région Midi-Pyrénées et selon les critères suivants :

- un accueil favorable du projet,
- un partenariat local déjà constitué,
- un faible flux migratoire,
- un recours aux soins concentrés,
- une bonne représentation des zones rurales et urbaines.

But et objectifs du projet :

- comparer les informations reçues des divers organismes sur le suicide et les tentatives de suicide,
- recenser de manière exhaustive les chiffres de mort par suicide et des fréquences de tentatives de suicide sur une période de deux ans,
- évaluer l'impact d'un programme de formation et de sensibilisation pour les médecins, optimiser les modalités de prise en charge d'un suicidant,
- évaluer et coordonner les formations pluridisciplinaires à mettre en place.

Organisation générale du projet :

C'est une première expérience en France du fait de la pluri-professionalité des enquêteurs et de l'introduction d'un programme de formation dont l'évaluation sera faite.

A partir de mars 1999, toute personne ayant réalisé un suicide ou une tentative de suicide est incluse dans l'enquête.

La méthodologie fut constituée ainsi :

- Etude épidémiologique,
- Etude sur une période d'un an complétée par un suivi de deux ans,
- Informations collectées à l'aide d'un questionnaire,
- Implication générale des institutions, du public, du réseau social et médical,
- Ateliers éducatifs.

Le premier résultat donna une concordance avec les données générales pour les deux premières années :

- Sur un total de 1 140 fiches correspondant à 1 042 personnes, on retrouve 10 fois plus de tentatives de suicide que de suicides,
- Surmortalité masculine dans les suicides, sur morbidité féminine dans les tentatives de suicide, dans le rapport 1/3-2/3,
- Davantage de suicides en milieu rural, en comparaison avec les tentatives de suicide,
- La noyade est particulièrement fréquente chez la personne âgée. Alors qu'en général :
 - pour les femmes : d'abord pendaison, puis intoxication, puis noyade,
 - pour les hommes : d'abord pendaison puis arme à feu,
- 59 % ont des antécédents psychiatriques,
- 77 % présentent au moins un diagnostic psychiatrique lors de leur contact avec un médecin après leur tentative de suicide.

Parmi les nombreuses remarques conclusives de cette étude qui a engagé toutes les institutions concernées par le phénomène suicide, les questionnaires ont donné des réponses différentes selon les diverses catégories professionnelles impliquées, à savoir :

- Les psychiatres cotent les tentatives de suicide, les diagnostics psychiatriques et les antécédents de maltraitance,
- Les somaticiens identifient très mal le diagnostic psychiatrique mais cotent systématiquement le diagnostic somatique,
- Les forces de l'ordre ne cotent que les suicides, cotent correctement toutes les données socio-démographiques,
- Le légiste cote les causes du décès,
- Les travailleurs sociaux et scolaires cotent peu.

Lors de l'étude finale que nous avons présenté au congrès de l'Association internationale pour la prévention du suicide, en septembre 2003, nous avons remarqué l'importance de l'association de la suicidalité avec la violence : maltraitances familiales, violences sexuelles :

- ceci correspondrait aux constatations de la justice (fréquence montante des affaires judiciaires),
- la maltraitance subie dans la famille pouvait être cotée oui/non,
- les "cotateurs" pouvaient préciser dans un item ouvert à l'aide d'un champ libre.

C'est ainsi qu'1 patient sur 3 décrit des violences familiales dans son enfance (33 %). A l'aide de l'item ouvert, il est décrit que 95 % sont des violences sexuelles intra-familiales et elles sont cotées "inceste".

Deux types de conclusions sont à retenir :

A. Conclusions générales :

- Obtention des résultats épidémiologiques attendus : connaissance approfondie d'une région particulière,
- Groupement des différents acteurs impliqués grâce aux outils épidémiologiques utilisés : réponses variées selon les participants,
- Meilleure connaissance des suicides et de leur réalité que celle donnée par la DDASS, meilleure connaissance de l'environnement des tentatives de suicide grâce au caractère exhaustif des chiffres collectés (hôpital, exercice libéral et sources sociales).

B. Conclusion de la révélation :

Il convient d'explorer l'éventualité de violences :

- chez tout suicidant,
- dans son entourage.

La prévention secondaire du suicide est liée à la prévention des violences et maltraitances.

CONCLUSION

- Le suicide demeure en France un problème majeur de Santé Publique.
- Il concerne notre société moderne dans sa totalité.
- Des efforts politiques ont été consentis avec l'organisation d'une Stratégie Nationale de Prévention du Suicide.
- Nous en attendons les résultats et conforterons les directives.

Ce dilemme ne concerne pas uniquement la France. Il touche aussi bien les pays industrialisés que ceux en voie de développement comme nous avons pu le confirmer lors de la mise en place du Programme SUPRE de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.

Mme Brigitte WYNGAARDE

Chef coutumier du Village Amérindien de Balaté - Saint-Laurent-du-Maroni

Le récit que je fais est issu de témoignages et de rencontres avec des Amérindiens des communautés Wayana, Kalina, Palikur et Arawak de la Guyane.

Le suicide dans les villages traditionnels Wayana

J'ai été alertée sur le sujet du suicide lors de conversations avec deux jeunes Amérindiennes Wayana, il y a un an environ. Ces deux jeunes filles, âgées de quinze ans seulement, ont pu se souvenir d'une vingtaine de cas de suicide dans les villages Wayanas sur le Haut Maroni. Elles ont pu citer vingt-cinq tentatives de suicide. J'insiste là dessus : il s'agit de personnes qu'elles connaissent directement. Les faits datent de moins de cinq ans. Dans la communauté Wayana du Haut Maroni, le suicide a donc pris des proportions énormes. Lorsqu'un cas se produit, l'information est rapidement relayée aux autres villages.

Le procédé de suicide est la plupart du temps la pendaison, la victime s'arrange pour être seule chez elle, ou en forêt, où elle a préparé un dispositif.

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.

Le motif immédiat du suicide est souvent dérisoire. Le motif d'ordre sentimental est très souvent invoqué (un jeune homme est repoussé, ou bien une alliance lui est refusée).

Les jeunes filles que j'ai citées 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.

J'ai aussi noté cela en discutant avec les parents : le phénomène est devenu si courant que leur principal souci est de ne jamais contrarier leur enfant parce que celui-ci risque de commettre l'irréparable.

Les suicides se produisent à des âges très variés. Il est vrai que les jeunes filles que j'ai citées ont du mal à évaluer l'âge des "grandes personnes". L'éventail des âges s'étend de 12 à 55 ans. Mais les jeunes victimes sont très nombreuses. Il peut s'agir de célibataires comme de personnes "mariées".

Il semble que le phénomène de suicide est moins marqué dans les communautés du littoral.

Dans la communauté Arawak (Balaté, Iwa, Ste-Rose, Cécilia), il existe des cas isolés, de rares tentatives. Je n'ai pas souvenir à Balaté de cas de suicides.

Dans la communauté Palikour (Kamuyeneh, Favard, St-Georges), on ne m'a pas relaté de cas de suicides.

Dans la communauté Kalina (Awala, Iracoubo, Yanu, Kourou), les cas semblent plus nombreux (moins de dix sur les cinq dernières années).

Réflexion sur les causes du suicide : l'environnement familial

Il serait utile d'enquêter précisément sur ce sujet. Avec la banalisation du phénomène, je ne crois pas que les comportements suicidaires sont traités de façon efficace dans l'environnement familial. 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.

Réflexion sur les causes du suicide : le contexte social et historique

Les Amérindiens du Sud n'ignorent pas les circonstances qui, au cours d'une histoire récente, les ont conduit à la situation dramatique actuelle. C'est l'intrusion et l'implantation coloniale, c'est la mise en place de l'économie de plantation.

Les sociétés du littoral n'ont jamais désiré associer les Amérindiens à leur réussite. Pour les premiers habitants de la Guyane, l'exclusion a perduré longtemps, parfois jusqu'aujourd'hui : en ce qui concerne la propriété foncière, le droit de vote, l'accès à la santé, l'accès à l'éducation. Cette exclusion est la cause réelle du profond pessimisme qui caractérise les sociétés amérindiennes.

A cela s'ajoute, certaines souffrances et humiliations liées à des intrusions récentes sur leurs espaces de vie (orpaillage et empoisonnement au mercure).

Il faut évoquer le contexte d'éloignement et d'isolement des villages du Haut Maroni. Ce contexte peut s'avérer particulièrement pesant sur des jeunes gens Wayana de plus en plus portés sur les rencontres et très ouverts sur les réalités du littoral.

Le malaise de la jeunesse vient aussi du fait que la communauté à laquelle ils appartiennent ne peut pas répondre à leurs besoins d'un type nouveau, qui sont issus le plus souvent de sollicitations extérieures (par exemple, celles qui créent le besoin de s'identifier à une jeunesse type). Il y a une perte de confiance.

Il faut prendre en compte les profondes mutations engendrées par la prise en charge, par l'état, des "besoins" sociaux (RMI, allocations familiales). Ces revenus nouveaux ont conduit à délaisser les activités traditionnelles qui servaient de base aux relations et aux rites sociaux. Ils ont permis le progrès d'un certain individualisme. Ils ont banalisé l'assistanat. Ces changements ont produit une dégradation du relationnel. Ils poussent à remettre en cause la règle et l'autorité coutumière. Il y a dégradation et perte de valeurs sociales.

Il faut parler de la paupérisation croissante des villages et du désarroi de la jeunesse.

Conclusion

Il semble que le suicide dans les communautés amérindiennes, jusqu'à présent, n'a jamais été traité comme un problème de Santé Publique et n'a pas fait l'objet de mesures réfléchies. Le phénomène perdure, et sans doute, s'accroît. Les suicides sont-ils enregistrés comme tels dans les actes d'état civil ?

Les sociétés amérindiennes de l'intérieur vivent dans un contexte difficile qui provoque des mutations rapides. Les politiques publiques conventionnelles peuvent avoir des conséquences non maîtrisables.

Par conséquent, il est nécessaire de répondre à l'urgence et à la gravité du phénomène. Il faut sans doute remettre en cause la représentation du suicide au sein des sociétés amérindiennes, mettre en place une information adaptée, des dispositifs d'écoute, une prise en charge des victimes de tentatives de suicide (mais aussi des relations proches de la victime), sans jamais désolidariser le sujet de son environnement communautaire.

Cependant, les réponses de fond nécessitent une volonté politique. Elles passent par la revalorisation des communautés traditionnelles au sein des sociétés de Guyane, par la relance d'une dynamique sociale dans les villages, par la reprise en main des communautés par leurs institutions propres. Cela exige un important effort de solidarité au niveau régional et national.

Remédiation

Le suicide sur le Haut Maroni

Répondre à l'urgence et à la gravité du phénomène

- Engager une mission d'observation et d'évaluation sur place (pluridisciplinaire) ;
- Créer une statistique ;
- Concevoir une information adaptée : apprendre à détecter les comportements pré-suicidaires, savoir réagir et alerter, savoir secourir la personne en détresse immédiate ;
- Mettre en place un dispositif d'écoute adapté : la personne en détresse doit pouvoir accéder à une personne ressource, ou joindre par téléphone une personne de confiance ;
- Mettre en place un dispositif de prise en charge des victimes de tentatives de suicide : prise en charge médicale et psychologique, personne ressource, éventuellement placement dans une famille d'accueil spécialisée.

Définition d'une personne ressource : il s'agit d'une personne du village, mère de famille, spécialement formée. Son rôle est d'assurer la continuité de l'effort d'information, d'être vigilante (querelles familiales, fêtes), d'agir en cas d'incident, éventuellement de participer à la prise en charge. Il est nécessaire que cette personne soit rémunérée.

Les réponses de fond nécessitent une volonté politique

- Interpeller les élus locaux sur la nécessité de s'impliquer en faveur des villages communautaires ;
- Relancer une dynamique sociale dans les villages : mettre fin à la précarité foncière, mettre fin à l'insécurité (atteintes à la santé, intrusions), rattraper les retards (éducation, équipements collectifs et commodités, cadre de vie), améliorer les conditions dans lesquelles se font les relations avec l'extérieur (comment ouvrir le Sud ?), aider à la conception de projets adaptés à la vie sociale des villages ;
- Revaloriser les communautés traditionnelles : intégrer la réalité des villages et des communautés dans les institutions de la Guyane, intégrer les membres des communautés dans un processus d'accès à la citoyenneté (ex : communes du Sud Maroni), restaurer la confiance et la capacité de décision au sein des communautés.

LE SUICIDE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE BUSHINENGUE

M. Bruno APOUYOU

Capitaine Boni du Village Saramaka - Président de l'association LIBI NA WAN - Kourou

On peut dégager trois causes majeures liées à la notion de suicide :

- Le suicide du déshonneur
- Le suicide par vengeance
- Le suicide par envoûtement

Quelle que soit sa forme, le suicide est très sévèrement puni dans la communauté Marron. S'il est raté, il sera puni avec autant d'exigence par le Gran-Man et condamné par la famille.

Le "raté" aura à accomplir des tâches d'intérêt général (nettoyage du village, construction d'une pirogue, etc.). Il sera interdit de toute relation amoureuse pour ne pas porter le discrédit sur sa compagne voire ses enfants. Il sera consigné dans les travaux d'abattis du chef du village.

Pour la femme ayant raté son suicide, elle sera dans l'obligation de donner au Gran-Man, un fût de cacahuète et 15 litres d'huile de maripa. L'homme aura aussi à donner des caisses de rhum et devra se mettre en confiance pour regagner sa femme.

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 très forte amende à régler aux autorités coutumières pour être inhumé décemment. Sinon, 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 son enterrement est payé, il aura droit à des prières qui lui permettront de se réincarner en élément meilleur, afin que sa descendance ne subisse pas un sort comparable.

Dans tous les cas, le suicide dans la communauté reste toujours un acte condamnable et non acceptable.

REGARD SUR LA TENTATIVE DE SUICIDE ET LE SUICIDE CHEZ LES CREOLES EN GUYANE

Mme Nadine GRAND-BOIS

Psychologue au Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) Service de psychiatrie Guyane

Nous allons nous intéresser aux représentations populaires de la tentative de suicide (TS) et du suicide dans la communauté créole. Puis, nous aborderons la manière dont sont vécues les T.S par les intéressés ainsi que la réaction de la famille et de l'entourage face à cet état de fait. Nous évoquerons, par la suite, les circonstances du suicide, les moyens utilisés ainsi que le climat familial et environnemental pendant et après l'enterrement du suicidé.

Représentations populaires de la tentative de suicide et du suicide

Dans les représentations populaires de la communauté créole qui n'a pas été concernée de près ou de loin par le problème, on perçoit la tentative de suicide 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. Certaines personnes issues de cette communauté, ont parfois du mal à comprendre ce mal être de plus en plus émergeant, d'autant qu'eux, en dépit des difficultés rencontrées, ne recouraient pas aussi spontanément à la tentative de suicide pour exprimer leur mal être.

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.

Tentatives de suicide

Les tentatives de suicide et les suicides ne répondent pas à la même logique. Dans le premier cas, nous pouvons définir la tentative de suicide, non pas comme le simple échec du geste suicidaire mais plutôt comme le signe d'un appel au secours, d'une quête affective qui passe nécessairement par un jeu avec la mort. Parmi les suicidants issus de la communauté créole, on distingue de manière identique à la population générale, des sujets souffrant d'une affection psychiatrique (dépression, schizophrénie, troubles bipolaires, personnalités limites) mais également de personnes non connues des services de psychiatrie, qui traversent une situation difficile, douloureuse, jugée difficilement surmontable.

La tentative de suicide est davantage associée à l'idée de sommeil, d'oubli, au besoin de marquer une pause face aux difficultés existentielles plutôt qu'à l'intention réelle de se donner la mort. En effet, quand on interroge les intéressés, ils répondent souvent qu'ils ne voulaient pas mourir mais qu'ils ont surconsommé des médicaments pour pouvoir dormir, oublier leurs problèmes.

Les moyens les plus fréquents sont l'intoxication médicamenteuse par l'usage de produits pharmaceutiques retrouvés au domicile, associés ou non à l'ingestion d'alcool, l'absorption de produits ménagers tels l'eau de javel ou encore la phlébotomie. On retrouve chez les Créoles, comme dans la population générale des méthodes plus radicales et plus brutales chez les sujets masculins que chez les personnes du sexe opposé.

Les causes de tentatives de suicide dans cette communauté sont également multiples comme celles retrouvées dans la population générale, et font émerger des facteurs psychologiques, sociaux, économiques, biologiques ..., en dépit du fait que la famille et l'entourage du suicidant retiennent souvent une seule et unique cause considérée comme l'événement déclenchant responsable du passage à l'acte (ex : contexte actuel de rupture sentimentale récente). En effet, s'il est vrai que dans de nombreux cas, on retrouve une situation de rupture affective, on s'aperçoit assez rapidement en retraçant l'anamnèse du patient suicidant, que d'autres événements latents ont également contribué à l'avènement de la tentative de suicide.

Après la crise suicidaire, lors des entretiens infirmiers, psychiatriques ou psychologiques, les patients suicidants ont souvent du mal à nommer, à désigner le geste auto-agressif. Ils l'évoquent alors pudiquement en le qualifiant de "bêtise", de "connerie"... A cela s'ajoute le sentiment de honte quant au regard des autres, la crainte de l'incompréhension et du jugement de l'entourage. Quand le suicidant est bien encadré par sa famille ce qui est souvent le cas dans la communauté créole, il est souvent empreint d'un vécu de culpabilité d'avoir inquiété ou fait souffrir ses proches par la réalisation de ce geste.

Les familles créoles, quant à elles, s'investissent très rapidement dans la prise en charge de leur parent suicidant. Au cours des hospitalisations relativement brèves en Service psychiatrique (s'il en est question), nous constatons les visites fréquentes de la famille proche, voire de la famille élargie et du réseau amical. Le personnel soignant est quelquefois amené à limiter les visites qui sont souvent vécues comme réconfortantes mais également étouffantes dans certains cas. Car, le patient suicidant a besoin de recul pour amorcer un travail d'introspection avec l'aide de l'équipe soignante pluridisciplinaire.

Par ailleurs, la famille accepte généralement de collaborer avec l'équipe soignante afin de l'aider à mieux cerner la problématique du patient suicidant. Elle est également demandeuse d'aide et de conseils, pour éviter que le suicidant ne commette un geste itératif.

Le suicide

Dans la communauté créole, comme dans la population générale, on distingue des suicides survenus dans un contexte de troubles mentaux, où le passage à l'acte irréversible révèle l'acuité d'une souffrance psychique insupportable en lien avec la maladie mentale. Le suicide fait suite à la prise de conscience et à la gravité de son affection psychiatrique ou encore, il revêt l'issue d'une angoisse massive et structurante que vivent les patients psychotiques.

On constate également des suicides chez des personnes qui ne souffraient à priori pas de troubles mentaux. Parmi les suicidés d'origine créole, on note pour une part d'entre eux, qu'ils avaient au préalable fait des tentatives de suicide dans les mois ou années qui ont précédé, et d'autres qui, a priori, n'auraient jamais eu de profil dépressif. Les moyens utilisés sont un peu plus radicaux que lors des TS car les suicidés avaient auparavant organisé leur geste de telle sorte qu'ils ne puissent être secourus à temps !

Les moyens utilisés sont aussi similaires à ceux de la population générale (pendaison, usage d'arme à feu ou d'arme blanche pour les personnes de sexe masculin, et noyade, intoxication médicamenteuse associée ou non à l'ingestion d'alcool chez les sujets de sexe féminin). La réaction des familles créoles, identique à celles des autres familles d'autres origines ethniques, est toujours catastrophique. En effet, les circonstances du décès de leur membre sont vécues comme violentes (en référence au pacte auto-agressif qui a provoqué le décès du suicidé et est aussi ressenti comme une atteinte à la cellule familiale), d'autant que le passage à l'acte suicidaire est souvent inattendu.

Les familles rapportent souvent qu'elles n'ont pas décelé de signes précurseurs ou du moins n'ont pas su les interpréter. La famille endeuillée se trouve dans un état de sidération, et est empreinte à la fois d'un sentiment de gêne, de honte et de grande culpabilité. Culpabilité de n'avoir pas su quantifier la souffrance du décédé, culpabilité quant à son impuissance sur cet état de fait et de ne pouvoir réparer l'irréparable, culpabilité de n'avoir pas été là au bon moment et de n'avoir pas su avoir l'attitude réconfortante ou les mots qui auraient pu éventuellement empêcher le passage à l'acte suicidaire.

On sent un grand malaise pendant et après les funérailles du suicidé. A l'extérieur comme l'intérieur de la famille, il arrive fréquemment qu'on cherche à dissimuler les circonstances du décès. On se le dit à mots-couverts mais surtout il ne faut pas qu'un tel ou qu'une telle le sache du fait de son grand âge, de sa maladie, de sa fragilité ou de sa proximité avec le défunt, de peur qu'il ne supporte pas cette réalité intolérable.

Les Créoles étant majoritairement de religion catholique et de tradition judéo-chrétienne, dissimulent fréquemment les causes du décès au prêtre qui assure la cérémonie d'enterrement. C'est souvent la rumeur qui portera la connaissance à ce prêtre. Notons qu'il y a encore 30 ans, les funérailles n'étaient pas autorisées aux personnes mortes par suicide car l'église considérait et considère encore le fait de s'ôter la vie comme un péché, la vie étant un don de Dieu. Aujourd'hui, en dépit du fait que les prêtres ne fassent plus de distinction, et réserve la même cérémonie aux baptisés quelles que soient les circonstances de leur mort, les familles manifestent toujours autant de réserve sur fond de pudeur, de tristesse et de culpabilité.

Les difficultés des familles créoles à parler, à se confier ne se limitent pas aux circonstances de la mort du suicidé, mais s'étendent à l'évocation de sa personne, de souvenirs tant le ressenti est douloureux, assorti d'un sentiment de gêne face au regard de l'autre, ainsi que de la culpabilité citée plus haut. Il est, par conséquent, difficile d'établir l'autopsie psychologique du suicidé eu égard aux difficultés liées au cercle familial.

Les funérailles s'organisent dans la tradition culturelle avec veillée mortuaire au domicile du suicidé ou au funérarium (rassemblement de la famille et des proches autour du défunt qui est exposé, litanie de prières et de chants religieux, jeux de dominos, belotes, soupe créole et suivi de l'enterrement et des neuvaines de prières qui s'organisent au domicile du défunt). Les familles endeuillées éprouvent de réelles difficultés à entamer le processus de deuil qui peut mettre plusieurs années à se déclencher.

Beaucoup de croyances et de superstitions circulent autour de la mort. Cependant, il ne me semble pas qu'il y en ait qui soient spécifiques à cette circonstance de décès.

Quand les familles issues de la communauté créole et les proches ne peuvent donner de sens au suicide de leur proche, ils recourent à des croyances d'ordre magico-religieux, et à plus forte raison quand il s'agit du suicide d'un malade mental. 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.

Par conséquent, on entend certaines personnes expliquer le geste suicidaire par l'influence d'un "piaille". Exemple : il ou elle s'est suicidé(e) dans un contexte de rupture sentimentale parce que l'autre (le ou la partenaire aurait utilisé un filtre d'amour, charme dit-on ici). Cette explication permet de donner du sens à un événement difficilement acceptable et a également pour fonction de déresponsabiliser le suicidé face à son geste : "ce n'est pas de sa faute, il ou elle était sous influence".

Conclusion

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.

ANIMATEUR

Mme Tchisseka LOBELT

Rédactrice en chef - Presse de Guyane, Conseil Général - Guyane

RAPPORTEURS

Dr. Renée LONY

Medecin Conseil - Rectorat de Guyane

M. Thibaud LOUST

Directeur du Centre d'Action Educatif de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

Melle Marielle JULIANS

Attachée Territoriale à la Direction de la Solidarité et de la Prévention (DSP)

2^{ème}
table ronde

Prévention du suicide dans chaque communauté

CONSTRUCTION D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION DU SUICIDE À SAO PAULO

Dr. Léon De SOUZA LOBO GARCIA

Secrétariat municipal de la Santé de São Paulo

On n'a pas accès si facilement aux soins de santé mentale. La prévalence des troubles mentaux à Sao Paulo n'est pas très différente que le reste du monde. 18,5 % de tous les adultes, dans la période d'un an, présentent au moins un trouble mental. 6,7 % pour la dépression (c'est assez élevé mais ce sont les chiffres trouvés un peu partout dans le monde). L'alcoolisme est certainement sous-estimé : 4,5 % de la population adulte, la plupart des hommes (7 hommes pour 1 femme) mais l'estimation de 7 à 8,9 % est le chiffre le plus proche de la réalité.

3 % de la population semble atteinte de troubles mentaux graves : schizophrénie, troubles bipolaires de l'humeur et dépression psychotique principalement. Sur le problème du suicide, nous avons récemment eu les premiers résultats d'une étude qui a été faite à Camping, qui est une ville limitrophe de São paulo.

C'est l'étude SUPRE de l'OMS qui a recherché les pensées, les plans et les tentatives de suicide dans la population. Cette étude a révélé que 17,8 % de la population en général avaient déjà pensé au suicide, 4,8 % avaient déjà fait des plans de suicide et 2,7 % avaient fait effectivement des tentatives de suicide.

C'est un taux bien inférieur à celui révélé par la recherche que vous avez faite ici en Guyane avec les écoliers. Mais là, il ne s'agit pas seulement de jeunes gens, mais de toute la population. Ce taux de 2,7 % de tentatives est assez représentatif.

Le contexte du réseau de Santé Publique à Saõ Paulo

Il existe près de 400 centres de niveau primaire de santé et certains centres communautaires de santé où l'on va trouver des médecins généralistes, des infirmiers et quelquesfois des psychologues et même des psychiatres. Mais la plupart de ces centres des soins sont regroupés aujourd'hui au centre spécialisé de santé mentale. 23 centres pour la santé mentale des adultes. Il en existe aussi de spécifiques pour les toxicomanies, pédopsychiatries et 15 services d'urgence avec des équipes de psychiatrie. Alors les taux peuvent paraître élevés si le raisonnement se limite à la Guyane mais si on pense au 10,5 millions d'habitants c'est un réseau très insuffisant. La densité des professionnels par habitant est très inférieure à celle des pays plus développés.

En plus aux difficultés matérielles, se greffent des difficultés d'ordre politique. On déplore une désorganisation du réseau de santé en général et du réseau de santé mentale en particulier. Ce qui se traduit par une absolue absence de politique et donc d'absence de priorité.

Témoin cette recherche révélant que 65 % des nouveaux cas de psychoses (diagnostiqués dans nos services après 6 mois) étaient restés sans suivi. Donc, notre réseau de santé mentale n'établissait qu'un diagnostic et plus rien. C'est une situation d'autant plus dramatique qu'il s'agit de gens jeunes en général âgés de 18, 20, 25 ans dont l'avenir se décide dans les premiers mois, les premières années suivant l'apparition des symptômes psychotiques.

Une autre recherche nous a révélé que 30 % des patients psychotiques avaient déjà attenté à leur vie. C'est déjà là une conséquence de cette absence de suivi que nous avons repéré dans notre système de santé. A la limitation des moyens s'ajoute un manque d'organisation et une gestion aléatoire des priorités.

Le suicide fut alors choisi comme une priorité, bien sûr par la gravité de cet acte, dont la prévention du suicide. Il nous a paru nécessaire de choisir un point plus spécifique. Avant toute chose, il s'agissait, pour nous, d'éviter la répétition des tentatives de suicide chez la population suicidaire. En effet, les tentatives de suicide qui arrivaient au services d'urgence n'étaient pas traitées spécifiquement comme tentative de suicide. Cela veut dire que quelqu'un pouvait faire une phlébotomie être examinée par le chirurgien et repartir chez elle sans être vue par un psychologue ou un psychiatre. C'est un phénomène récurrent dans nos services d'urgence.

De plus, même en ayant été vues par des psychiatres ou psychologues, ces personnes partaient des services d'urgence après une tentative de suicide avec une vague indication de chercher un centre spécialisé de santé mentale pour continuer ou pour commencer leur suivi. Or, on sait bien que les gens qui tentent de se suicider, échappent aux services, ils les fuient même. Ils ont une tendance à la négation de ce qu'ils ont fait. Si par bonheur ils atteignent le centre spécialisé, l'accès au cabinet de consultation constitue un autre chemin de croix. Dès lors, la longueur du délai qui s'est écoulé est de nature à annihiler les effets de ce traitement.

En plus, nous nous sommes aperçus que même dans les centres spécialisés qui suivaient des patients psychotiques, des patients avec des troubles bipolaires d'humeur par exemple, on ne trouvait pas chez les professionnels une préoccupation spécifique pour le suicide. L'accent étant surtout mis sur le traitement et sa planification. Mais, on n'avait pas une écoute plus attentive pour les pensées de suicide et les plans de suicide. On s'est dit que notre tâche primordiale, même de prévention, était d'assurer la prise en charge de ces tentatives, de fournir les moyens pour améliorer cette prise en charge, surtout chez les patients gravement atteints.

Nous avons donc conçu un système de notification des tentatives arrivées au service d'urgence et de prise en charge de ces tentatives, en utilisant le modèle proposé par l'OMS. Le système de notification consistait en une centrale qui recevrait une notification de toutes les tentatives de suicide qui seraient arrivées dans les services d'urgence. Cette centrale assurait le relais entre les services d'urgence et les centres spécialisés dans la santé mentale pour appréhender le chemin parcouru par ces patients depuis le service d'urgence jusqu'au centre qui prendrait en charge leur suivi.

D'autres initiatives ont été prises concernant ce qu'on appelle les centres communautaires de santé où on trouve les médecins généralistes, les agents communautaires de santé et infirmiers. Il est bien connu qu'augmenter la capacité d'identification et de traitement des deux troubles mentaux le plus liés au suicide est une façon de prévenir le suicide.

Nous avons des programmes capables d'identifier et de traiter la dépression et l'alcoolisme par les médecins généralistes, les infirmiers de ces centres communautaires et aussi par les agents communautaires de santé dans ces centres de niveau primaire de santé. Il faut parler de sensibilisation du suicide à ces professionnels et non pas seulement de dépression ou d'alcoolisme mais leur dire que le suicide est un problème et leur donner des instruments leur permettant de déceler ce problème.

L'implantation du système de notification des tentatives a une quatrième initiative, qui est à ces débuts et sur laquelle on porte de grandes espérances : il s'agit de la thérapie communautaire. C'est une thérapie de groupe qui peut être pratiquée par des professionnels non spécialisés, non-psychologues. Même les agents communautaires de santé peuvent être capables de la pratiquer.

Elle se base sur deux principes qui ont beaucoup d'importance dans la littérature scientifique de santé mentale aujourd'hui et on travaille la résilience (ce qu'on appelle en anglais empowerment). En d'autres termes, il s'agit de donner aux personnes concernées les moyens d'affronter les problèmes sociaux auxquels ils sont en but car ceux-ci ont d'importantes conséquences du point de vue de la santé mentale.

C'est une stratégie de promotion de santé mentale qui est à la base de la prévention du suicide et qu'on juge possible d'être implantée dans tous les centres ou du moins dans la plupart des centres communautaires de santé.

Evidemment, le suicide - et surtout le suicide des jeunes - doit interpeller la société et non pas seulement le système de santé.

D'où le caractère précurseur de notre démarche visant à ouvrir le débat à partir de la problématique suivante : " qu'est-ce que notre société offre à ces jeunes comme possibilités de vie, afin que ceux-ci ne considèrent plus le suicide comme l'ultime solution, la seule issue pour sortir d'une situation dramatique ".

Plusieurs facteurs contribuent à cela. On peut d'abord parler du chômage. J'ai appris hier que le taux de chômage ici en Guyane est compris entre 20 % et 25 %. A Saõ Paulo, il est de 18 %, ce qui est très élevé. De plus, il est très important parmi les jeunes, précisément ceux qui sont au terme de leur scolarité. Au Brésil, il faut faire vraiment des efforts pour parachever leur éducation et même après ces efforts ils se retrouvent sans emploi.

Un autre élément sur lequel il faut ouvrir la discussion, c'est la question de la violence. Le Brésil a vu s'accroître le niveau de violence dans les dernières années. Le phénomène est essentiellement lié aux trafics de drogues. Le Brésil est devenu un entrepôt où un point de passage pour la drogue qui est produite dans d'autres pays comme les pays d'Amérique latine. Alors, on exporte de la drogue vers les pays développés et on exporte même de ces pays développés des armes. Aujourd'hui, il est commun de trouver dans les favelas des armes très sophistiquées américaines en général les M16 ou les AR15. N'importe quel brésilien sait ce que c'est un M16 (fusil mitrailleur très puissant). La population est armée et comme l'a dit le Docteur BERTOLOTE ce sont des moyens létaux disponibles pour les jeunes d'aujourd'hui. Malheureusement, l'issue des tentatives de suicide entreprises avec ces moyens est fatale.

Il faut aussi parler de la perte de la valeur de la vie. Ces jeunes gens qui tombent dans la criminalité savent très bien que leur espérance de vie est limitée. Ce n'est pas un choix de longue durée qu'ils font pour leur vie. Il s'agit plutôt d'une absence de choix. Peut être sont-ils conscients qu'ils n'ont que quatre ou six années à vivre avant qu'ils ne soient tués lors de disputes de bandes rivales, par les groupes d'extermination plus ou moins liés à la police ou sinon dans le système carcéral.

Autre exemple très dramatique de ce qui se passe avec notre jeunesse à São Paulo : le phénomène des " moto boys ". Ils sont près de 60 000 dans la ville de São Paulo qui travaillent d'un côté et de l'autre de la ville. C'est la profession où le risque de décès au travail est le plus élevé. Il y a une mort de "moto boy" par jour dans la ville de São Paulo, parce que ce sont des jeunes qui conduisent comme des fous et prennent des risques tout le temps. Certaines personnes voient cela comme un comportement para suicidaire ou du moins comme un signe que pour ces jeunes la vie n'a plus une valeur absolue. Il y a un "immédiatisme" qui fait qu'ils prennent des risques sans en mesurer les conséquences.

On commence juste à interpellier la société afin qu'elle jette un regard sur sa jeunesse et qu'elle comprenne pourquoi les jeunes prennent ces risques dans la criminalité ou hors de la criminalité.

Nous avons commencé par chercher l'appui des facultés de psychologie. On a plus de 15 facultés de psychologie dans la ville de Sao Paulo. Maintenant, on se réunit régulièrement avec les membres du secrétariat de la santé de ces facultés de psychologie. Nous y avons reçu un très bon accueil.

LA PREVENTION DU SUICIDE DANS LES COMMUNAUTÉS HAÏTIENNES EXILÉES

Dr. Cécile MAROTTE

*Ethnopsychiatre - Equipe de psychiatrie transculturelle (Hôpital de Montréal pour enfants)
- Présidente du Réseau d'Intervention auprès des personnes ayant subi la Violence Organisée (RIVO)*

Je vais aborder la question de l'immigration haïtienne au Canada, plus particulièrement au Québec. J'interviens spécifiquement au sein du RIVO (Réseau d'Intervention auprès des personnes ayant subi la Violence Organisée, Montréal) auprès d'une immigration demandeur d'asile, réfugiée, ou illégale, référée à nos services par des médecins. Je vais insister sur les principales caractéristiques de la population haïtienne que je rencontre.

En effet, il y a une forte communauté haïtienne à Montréal, et actuellement l'immigration a repris malgré les difficultés d'entrer au Canada qui sont beaucoup plus grandes depuis septembre 2001. Les Haïtiens continuent quand même d'arriver, pour rejoindre un membre de la famille et on rencontre également des jeunes qui ont moins de 18 ans. Ce sont des mineurs non accompagnés qui sont envoyés par un membre de la famille ou quelqu'un d'autre. Chez ces mineurs non accompagnés, on observe une forte proportion d'idées suicidaires avec des passages à l'acte.

Je ne vous rapporterai pas tout de suite la question de la prise en charge puisque le thème sera abordé dans une autre table ronde. Mais, la prévention et la prise en charge dans notre réseau fonctionnent de manière concomitante.

Nous avons relevé un certain nombre de situations familiales complexes que nous pouvons identifier comme étant à l'origine des idées suicidaires ou du passage à l'acte des adolescents et des jeunes adultes. Et comme je l'annonçais dans la table-ronde d'hier, nous identifions davantage l'idée suicidaire et/ou le passage à l'acte chez les jeunes filles ou les jeunes femmes. Ce qui ne veut pas dire que les garçons sont épargnés de tous problèmes mais eux même se regroupent plus facilement en bandes qui, on a essayé de le démontrer hier, traversent des phases de violences et de passages à l'acte qui peuvent être aussi identifiés comme des principes suicidaires.

Nous allons insister sur trois points concernant la prévention du suicide

1. Le premier point a trait à la connaissance de l'histoire migratoire de la personne. Dès lors, on est obligé de constater que quand un jeune est identifié par l'intervenant de son centre d'accueil ou de sa famille d'accueil ou identifié par un médecin comme présentant des idées suicidaires avec passage à l'acte potentiel, on ne connaît pratiquement pas le parcours de vie de ce type de personne.

C'est très frappant : d'où vient-il, par quel(s) pays est-il passé avant de se retrouver au Québec, pourquoi est-il parti de son pays, y-a-t-il laissé des membres de sa famille, est-il en lien avec les membres de sa famille, quels sont actuellement ses liens de parenté au Canada, est-il seul, est-il avec une famille recomposée, fait-il partie d'une famille séparée, si c'est une fille est-ce qu'elle a rejoint sa mère et a trouvé un nouveau conjoint dans la vie de sa mère ?

Il y a toutes ces problématiques de l'histoire migratoire qui souvent sont méconnues et placent les intervenants dans des impasses, les acculant à faire des erreurs. Celles-ci sont liées au manque de connaissances du passé du jeune qui a parfois du mal à se confier. Donc, nous insistons énormément là-dessus. A ce titre préventif, il est nécessaire de travailler sur l'histoire migratoire, afin de parvenir à une meilleure connaissance de l'appartenance passée des jeunes qui sont identifiés comme ayant des problèmes suicidaires.

Cette connaissance de l'histoire migratoire entraîne à son tour une connaissance de la loi d'immigration et nous travaillons, nous au RIVO, sur la question du statut d'immigration. C'est une démarche décisive au niveau de la stabilité psychologique d'un jeune, qu'il soit mineur, qu'il ait moins de 18 ans ou plus de 18 ans car s'il n'est pas accepté au statut de réfugié, il entre pratiquement dans l'illégalité. Il est donc hors statut et cette absence de statut juridique est un facteur de déstabilisation psychologique très important.

C'est donc un point essentiel qu'il faut intégrer dans l'intervention à titre préventif. Les intervenants doivent se questionner sur le statut juridique de la personne avec qui ils sont en contact. Le statut juridique est très important et toute notre approche clinique, on le verra plus tard, au niveau de la prise en charge est obligée, par le fait qu'il s'agisse d'une population en situation d'immigration, de prendre en compte le statut juridique.

La personne qui est hors statut, n'a pas accès légalement au travail, ni aux soins de santé, dont la prise en charge psychologique ou psychiatrique par exemple. Alors que cette prise en charge est un support essentiel pour les personnes qui viennent d'arriver. Au Canada, cette prise en charge se fait au niveau communautaire car le réseau communautaire est très développé au Canada et au Québec tout particulièrement.

Au RIVO, nous prenons les devants au plan communautaire comme au plan hospitalier en incitant les intervenants à se pencher sur le parcours juridique de cette personne.

Il est souvent extrêmement éprouvant pour un jeune de passer à la commission d'immigration et d'être refusé au statut de réfugié. Les idées suicidaires, les tentatives de suicide, les passages à l'acte peuvent se produire après un refus de la commission d'immigration. On n'envoie pas quelqu'un se présenter à une audience de la commission d'immigration alors qu'il est en situation d'instabilité depuis un an ou deux ans dans l'attente de cette audience, sans l'y avoir préparé.

A titre préventif, nous mettons donc l'accent sur la connaissance de l'autre. On remonte en avant, en partant du principe que la personne qui est en situation d'immigration arrive avec un background, avec une formation, avec une représentation de la vie, avec des projets, des séparations ou des ruptures qu'il nous faut appréhender si on veut comprendre la manière dont il va réagir à ce qui se présente à lui et être en mesure de l'aider.

2. Le deuxième point sur lequel nous voulons intervenir en terme de prévention auprès des jeunes et particulièrement des jeunes filles, c'est la question de la violence sexuelle. On avait abordé cette question hier, et de fait on constate que beaucoup des cas identifiés comme des cas à problèmes sont des cas où il y a eu de la violence sexuelle, soit qu'il s'agisse de familles recomposées, soit qu'il s'agisse de jeunes qui arrivent pour retrouver un cousin ou un oncle qu'ils n'ont jamais connus auparavant (donc ils n'ont pratiquement pas entre eux de rapports de famille), soit qu'il s'agisse aussi d'un parent, d'un père qui, après quelques années de séparation familiale, parvient à l'aboutissement de la réunification familiale.

Par exemple, un monsieur qui voit arriver sa femme avec un autre enfant qu'il ne connaît pas et qu'il est obligé d'intégrer dans ce qu'il présente comme étant sa famille. Et, on observe que là surgissent des problèmes ayant à voir avec la sexualité, des abus sexuels, de la violence sexuelle. Très souvent pour des raisons juridiques, le parent qui est au courant ne va pas porter plainte. Par contre, le jeune qui subit les agressions sexuelles soit d'un nouveau conjoint, soit éventuellement d'un père - il y a des cas d'incestes - soit d'un oncle, soit d'un cousin, ce jeune - là qui n'a pas le soutien explicite ni officiel de sa mère, peut développer des idées suicidaires et passer à l'acte.

Nous avons rencontré quelques cas de ce genre mais là encore j'insiste sur l'importance du statut juridique. Des personnes en situation d'immigration, dans l'attente d'un statut juridique, ont peur de déposer une plainte pour violence sexuelle ou craignent que des faits liés à de la violence conjugale risquent de bloquer l'obtention du statut d'immigration, alors qu'en réalité la police et l'immigration ne communiquent pas dans l'immédiat.

Les gens ne le savent pas et même quand l'information leur est donnée, ils demeurent dubitatifs.

Un jeune pourrait être protégé suite à une plainte d'un membre de sa famille pour des violences sexuelles qu'il subit du partenaire du parent chez qui il est arrivé sans que l'obtention de son statut d'immigration soit remise en question. Mais en général, les gens ont peur et ne dénoncent rien. Là-dessus, il faudrait évidemment travailler sur toute l'instabilité, la précarité psychologique des personnes qui ont traversé des ruptures multiples, qui vivent dans la crainte. Ce mode de fonctionnement quotidien étant toujours axé sur des stratégies mises en place face à des traumas ou à des ruptures et ne s'adaptent pas, du jour au lendemain, à un mode de fonctionnement de la vie quotidienne reposant sur le droit. Les gens ne croient pas véritablement au droit.

Donc, les personnes qu'on identifie comme ayant des idées suicidaires avec passages à l'acte potentiels sont souvent celles dont le statut juridique entre comme élément déterminant dans le support clinique : support clinique et statut juridique fonctionnent ensemble.

3. Le troisième point, qui est important dans la prévention du suicide, est la formation des intervenants. Comme je vous l'ai dit, au Canada, le réseau d'intervention communautaire est très développé. Et, comme on l'a dit depuis le début de ce colloque, le suicide n'est pas seulement un problème de santé, c'est un problème de société. Aussi quand on a affaire à des personnes en situation d'immigration, il faut faire face à tout le rétablissement, toute l'adaptation à la nouvelle société et tout le "tricotage" indispensable entre les traumatismes passés et les traumatismes de la société d'accueil. C'est-à-dire qu'on ne s'habitue pas du jour au lendemain à fonctionner dans une société de droit, dans une société avec des normes, des balises. A ce titre, elles peuvent rester fragiles pendant extrêmement longtemps.

Nous avons pensé que le meilleur moyen de prévenir les situations problématiques se rapportant aux passages à l'acte suicidaire, aux comportements violents était de fournir de la formation supplémentaire aux intervenants déjà en exercice, en développant un système de formation spécifique portant sur la violence sexuelle faite aux enfants, mais aussi à tout ce qui se rapporte au statut d'immigration, à l'adaptation à la société d'accueil, au passage que les personnes sont obligées de faire pour s'adapter et ensuite pour s'intégrer. Donc, on trouve des intervenants qui travaillent dans le milieu communautaire et dans les institutions : médecins, infirmières, avocats. Nous travaillons beaucoup avec les avocats. La formation inclut aussi la culture d'appartenance de la personne qui est leur est référée.

Il est, en effet, impossible d'ignorer la culture, ou de ne pas tenir compte du fait que la personne ne s'exprime pas dans sa langue maternelle même si on lui fournit deux langues, le français et l'anglais. Des interprètes devraient donc toujours être disponibles.

La formation aux intervenants va permettre à ces derniers d'ajouter à leurs compétences initiales, des compétences supplémentaires et spécifiques se rapportant aux personnes qui sont en situation d'immigration aux plans de la culture, de la langue et de la religion. C'est une démarche fondamentale si l'on veut pouvoir identifier et approcher les personnes et les jeunes qui ont des idées suicidaires.

Pour les identifier, il faut pouvoir les approcher. Pour les approcher, il faut que les intervenants puissent effectivement sinon parler leur langue - on ne va pas demander à tous les intervenants d'apprendre toutes les langues - ou avoir au moins une connaissance minimale de la culture et de la religion du pays d'où il viennent.

Il y a beaucoup d'organismes communautaires à Montréal qui s'occupent d'Haïtiens. Il y en a beaucoup qui font un travail extraordinaire et qui sont vraiment spécifiquement voués à l'accueil afin de faciliter l'adaptation et l'intégration des Haïtiens. Aux intervenants de ces organismes qui font un excellent travail, nous donnons une formation de sensibilisation à la violence organisée aux plans clinique et juridique.

Cette formation est essentielle dans la proposition que nous ferions pour un travail de prévention des facteurs facilitant les idées suicidaires : ne pas savoir à qui s'adresser, être confronté à vivre dans une solitude absolue, être soumise (dans les cas de jeunes femmes ou de jeunes filles séparées de leurs familles) à des violences sexuelles, n'avoir personne à qui se confier. Nous soulignons l'importance d'une formation pluridisciplinaire pour les intervenants.

Nous insistons sur le fait que le travail en réseau doit se faire avec des intervenants formés à l'approche interculturelle. Dans notre réseau, nous avons une trentaine de membres et ces membres sont formés effectivement à l'histoire migratoire, à la loi d'immigration, à l'histoire clinique, à l'approche interculturelle et à la psychiatrie transculturelle. Il convient de sortir les familles qui n'osent pas dénoncer les abus sexuels ou la violence conjugale, de leur mauvaise compréhension du nouveau système juridique dans lequel elles arrivent. Donc, il faut informer les intervenants et les clients car les clients qui sont informés par les intervenants doivent avoir des intervenants qui soient capables de le faire.

Voici les points principaux que selon nous, au RIVO, nous avons cherché à développer. Nous nous rendons compte que les intervenants qui sont formés aux plans juridique, clinique et social obtiennent de bien meilleurs résultats en terme d'identification des jeunes et de suivi des jeunes. La formation pluridisciplinaire ne résout pas tous les problèmes mais au niveau de la prévention, elle est essentielle.

Mme Tchisséka LOBELT

Nous remercions le Dr Cécile MAROTTE pour cette intervention qui est très claire. Donc, simplement pour redire que la première intervention portait sur un système en construction, là on assiste à un système qui est déjà très élaboré au Québec.

Quelques concepts, quelques points importants qui ont été cités par le Dr MAROTTE "connaissance de l'avant" peuvent être retenus. On voit qu'au-delà du problème de santé, il y a aussi les problèmes de société où on prend en compte des questions juridiques.

On retiendra aussi un terme important qui est celui de "réseau d'interconnexions" entre le sanitaire, le juridique et le culturel avec une approche pluridisciplinaire.

PREVENTION DU SUICIDE DANS LA COMMUNAUTE SURINAMAISE

Dr. Richard HARLOO

Psychiatre du Centre Psychiatrique du Surinam (PCS)

Nos observations au cours des dernières années nous ont sensibilisés quant au suicide. Force est de constater que ce fléau est en augmentation au Surinam. Nous avons affaire à un grave problème de santé mentale et notre société n'y était pas préparée. Il convient donc de s'organiser et de se structurer pour y faire face. Le traitement des maladies mentales est obligatoire. Or, nous n'avons qu'un seul hôpital psychiatrique dans lequel parviennent seulement les cas les plus dramatiques.

Observons la population du Surinam : 90 % de celle-ci vit sur le littoral et les 10 autres % dans l'intérieur des terres. Les cultures en présence sont diverses et se mélangent : Créoles, Indonésiens, Noirs Marrons, Libanais, Européens, Chinois et d'autres nationalités issues de l'immigration.

Nos flux migratoires les plus importants s'effectuent entre le Surinam et les Pays-Bas, la Guyane et les Etats-Unis. Par ailleurs, après notre guerre d'indépendance (1965), après la révolution (1980), la crise financière et économique a fragilisé notre économie.

Ainsi, la pauvreté est l'un des problèmes majeurs du Surinam : 40 à 50 % de la population, vit en deçà du seuil de pauvreté. Il faut cependant reconnaître que depuis quelques années, des moyens sont mis en œuvre pour rétablir une stabilité économique et politique.

Un autre aspect particulier au Surinam : la religion. On retrouve sur notre territoire des croyances et des appartenances à une quantité de religions : hindouisme, catholicisme, protestantisme, islamisme, pour ne citer que celles-là.

Dans notre centre hospitalier qui possède un service d'urgence, on recense chaque jour au moins un cas de suicide. On observe de nombreux cas d'intoxication par l'absorption de produits nocifs comme les pesticides ou les insecticides. Ces moyens sont utilisés par la majorité des suicidants. L'intoxication peut aussi être médicamenteuse. Mais, les produits nocifs, comme ceux dont on se sert en agriculture, sont les plus meurtriers. Souvent, la dose létale se limite à une cuillère...Le ratio entre homme et femme est de 1 pour 2. L'âge moyen du suicidant se situe entre 30 et 40 ans. Cependant, au Surinam, on constate aujourd'hui que les suicidants sont de plus en plus jeunes.

Des différences demeurent toutefois en fonction de la période et des groupes ethniques. Par exemple, les Créoles représentent 4.1 des cas et les Noirs-Marrons 5.5. Comme je le disais précédemment, on observe des variations selon la période. Aujourd'hui et contrairement aux années 1990, le suicide fait désormais partie des causes majeures de la mort au Surinam ; il représente près de 30,5 %.

Notre plus grande difficulté réside dans l'absence d'encadrement professionnel. Les suicidants ne reçoivent pas toujours l'aide nécessaire qui pourrait leur éviter de passer à l'acte. La prévention et les soins pouvant être dispensés dans ce cadre là sont très importants. Il est primordial que les structures s'adaptent pour accueillir les suicidants.

Les conditions de vie de ces derniers doivent être prises en considération. Le chômage, la pauvreté, la violence et les jeux d'argent sont des facteurs déterminants que l'on ne doit pas occulter. Il nous appartient de relayer un message concernant la nécessité de prendre en charge les maladies mentales. Cette prise en charge doit se faire dans des conditions optimales. Celles-ci ne sont malheureusement pas adaptées à ce jour au Surinam.

Les services sont trop peu nombreux et insuffisamment compétents. La mise en place d'unités spécialisées devra être une de nos priorités. Celles-ci peuvent même être implantées dans des hôpitaux généraux.

J'insiste sur le fait que la base de tout est le traitement des maladies mentales, car, la majorité des cas problématiques vient de là. La formation est notre cheval de bataille car il est important que les thérapeutes sachent comment détecter un cas, mettre en place une action préventive et prodiguer les premiers soins.

De nos jours, le débat est ouvert à l'école sur bien des sujets : la sexualité, le Sida... Il faudrait y inclure le suicide. Les jeunes doivent être informés. On a le devoir de leur dire qu'ils peuvent surmonter leurs difficultés.

D'autres mesures sont d'ores et déjà prises. Par exemple, depuis deux ans, la vente de produits dangereux comme les pesticides, est réglementée. Le travail que nous devons fournir nécessite la collaboration et l'adhésion de tous : les différentes communautés, le gouvernement, les éducateurs, les associations...

C'est à ce prix que s'opérera la prise de conscience.

Mme Tchisséka LOBELT

Merci beaucoup Dr HARLOO pour cette communication qui, je pense, interpelle tout le monde ici en Guyane. De l'importance de cet enjeu de Santé Publique, je pense que tout le monde a pris la mesure des difficultés, également de la volonté de ce pays de sensibiliser, de réduire l'accès aux pesticides et que ce soit une prise de conscience générale. Le Surinam, peut être, voudrait en faire une cause nationale impliquant différents niveaux dans la société.

La parole sera donnée au Dr Marcos DE NORONHA qui va nous faire une présentation de la prévention du suicide chez les indigènes, autrement dit chez ceux que l'on appelle maintenant les peuples autochtones.

LA PREVENTION DU SUICIDE CHEZ LES INDIGÈNES

Dr. Marcos de NORONHA

Fondateur de l'Association Brésilienne d'Ethnopsychiatrie et Psychiatrie Sociale

Je voudrais remercier l'ORSG pour son invitation. Je voudrais m'excuser car je ne parle pas bien le français mais si j'essaie de me débrouiller ici j'aurais un contact plus direct.

Je suis accompagné d'un monsieur qui parle le portugais. Il va m'aider pour les mots que j'aurai oubliés. Si vous ne me comprenez pas, vous criez, comme cela vous réveillerez les gens qui sont à côté et en échange je pourrais vous aider.

Je travaille au Sud du Brésil. Je suis ethnopsychiatre. L'ethnopsychiatrie c'est la façon de travailler, d'étudier chaque ethnie, voir comment chaque ethnie crie ses maladies, ses problèmes et comment chaque ethnie invente des solutions à ses problèmes.

Parler de prévention de suicide, chez les blancs, dans la société moderne n'est pas chose aisée.

Chez les indiens, c'est encore plus compliqué parce qu'il y a plusieurs facteurs associés. Par exemple, le taux de suicide chez vous, en France est de 17 pour 100 000 habitants, en Europe il est de 20 pour 100 000 habitants et au Brésil il est à peu près de 5 pour 100 000.

Chez les indiens, le taux est le plus bas de la société nationale. Il y a des sociétés où le phénomène est rare voire inexistant. C'est aussi le cas des dépressions, des psychoses chez plusieurs ethnies qui vivent encore de façon traditionnelle. Mais il existe une ethnie particulièrement touchée au Brésil. Il s'agit des Guaranis Kaiowas où les taux sont très élevés. Ils vivent au centre du Brésil dans une réserve de 8 000 personnes, réparties en 3 ethnies : les Guaranis Kaiowas, les Guaranis Nhandevas et les Terenas.

Les Guaranis Kaiowas et Nhandevas ont un taux de décès par suicide de 800 pour 100 000 habitants par an. C'est un taux très élevé. Il est difficile d'effectuer de la prévention et de la prise en charge parce que plusieurs facteurs sont associés. Citons la notion d'anomie symbolisée par la perte de règles et de facteurs culturels propres à la société indienne. Celle-ci est consécutive au contact avec les blancs. Paradoxalement, les Terenas qui vivent dans la même réserve et sont en contact avec des blancs, ne connaissent pas ce phénomène.

Nous avons vu hier que c'est la population âgée qui est touchée en Europe, tandis que chez les indiens, les Amérindiens de l'Amérique du Nord, chez les immigrés qui vivent aux Etats-Unis, c'est la population jeune qui est la plus concernée.

Pour considérer la prévention et le traitement, nous avons besoin d'étudier les aspects culturels, comme le fait l'Ethnopsychiatrie qui a été créé par le médecin français Henri COLLOMB. Il a travaillé au Sénégal, en Afrique, considérant les aspects biologiques, psychologiques et pluriculturels de l'être humain. Georges DEVEREUX, qui est né en Hongrie où le taux de suicide est élevé (40 suicides pour 100 000 habitants) a travaillé aux Etats-Unis avec les Amérindiens. Il a aussi travaillé sur les aspects théoriques de l'ethnopsychiatrie. Roger BASTIDE, un français qui a vécu à Saõ Paulo dans les années 1960, avait prévu qu'un jour nous parviendrions à travailler sur la santé mentale de façon plus efficace, en considérant les aspects culturels.

Il existe de nombreux rituels et quand ce fléau a touché les Guaranis Kaiowas, chez lesquels le taux de suicide était élevé, les Terenas ont eux aussi commencé à se suicider.

Cela s'expliquait, entre autre par la prohibition des rituels traditionnels. Au retour des hommes partis travailler dans les fermes chez les blancs, ils ont constaté la présence de ce phénomène.

Un autre exemple : les Maxakalis sont des indiens qui vivent au Centre Sud du Brésil, loin des Guaranis Kaiowas : il y a des décès qui ne sont pas enregistrés comme suicide mais qui sont des suicides où l'homme qui a bu provoque quelqu'un qui a une arme, un couteau ou une arme à feu et dans la provocation, il est tué. On peut considérer qu'il s'agit presque d'un suicide.

Mais si on pose la question : le mot suicide existe-t-il chez les Guaranis? La réponse est négative. Ils ne parlent pas de suicide, il n'existe pas de suicide. L'approche du suicide chez les indiens est différente de la nôtre. D'abord, ils ne sont pas malades, ce sont des gens qui vivent normalement, font une crise et se tuent ensuite. La façon de voir le suicide diffère de la nôtre, ce n'est pas mourir, c'est passer dans une autre dimension, c'est passer à "la terre sans mal".

Si le mot suicide n'existe pas chez les Guaranis comment l'indien le voit-il ? Il semblerait qu'il s'agissent davantage d'homicide que de suicide. En effet, la sorcellerie est évoquée à travers une tierce personne qui peut être un ancêtre, un sorcier un chaman. C'est ce que l'on nomme chez les Guaranis Kaiowas le " pajé " : " je suis envoûté, je me tue mais ce n'est pas moi, c'est quelqu'un d'autre ".

En Guyane française, votre réalité est plus complexe. Ce phénomène n'est pas au centre de vos préoccupations car vous avez des problèmes prioritaires, d'où la difficulté d'élaborer des travaux spécifiques de prise en charge et de prévention du suicide. Cependant, il est possible de travailler sur d'autres problématiques, comme la nécessité de mettre en place des thérapies plus démocratiques. Quelque part au Brésil, nous travaillons déjà de cette façon.

C'est la thérapie communautaire (que j'appelle Thérapie Sociale). Mme MAROTTE aussi a parlé tout à l'heure, de groupes de soutien. La thérapie communautaire c'est presque un soutien parce qu'on ne travaille pas avec des gens spécialisés. Quand on travaille avec des spécialistes, on accomplit des tâches plus complexes qui sont d'ordre thérapeutique.

Demain, un groupe de soutien communautaire se réunit chez moi. Il est composé de 40 personnes qui se rencontrent tous les jeudis durant 1h30. L'équipe comprend des policiers militaires, des infirmières, des assistantes sociales, des masseurs, etc. C'est un moment privilégié de partage.

Cette photo est celle des frères Villas Boas, qui ont créé au Brésil, dans une région très grande, qui s'appelle Xingu un parc national. Dans cette région, les ethnies ont été obligées de vivre ensemble ; ethnies qui dans le passé ont été ennemies. Elles ont donc été contraintes de vivre ensemble dans le parc national de Xingu. Alors, qu'est-il arrivé ? En 1960-1970, l'ethnie Trumai a introduit dans le parc national du Xingu un rituel : le 'Jawaris'. C'est un rituel qui met toutes les ethnies ensemble. Au cours de ce rituel, il y a des moments d'hostilité, des moments de fraternité, des moments de provocation et des moments pacifiques. On danse aussi un peu comme au carnaval... Voilà un exemple de travail de la prévention de la violence dans le parc national de Xingu.

Mme Tchisséka LOBELT

Merci Dr DE NOROYA pour cette communication qui nous permet de voir combien le problème est complexe dans certaines communautés et vos propos Dr seront peut être à rapprocher de ceux de Brigitte WYNGAARDE.

Je passe la parole au Dr Claire GRENIER qui va aborder le problème de la prévention ici dans le milieu scolaire.

LA PREVENTION DU SUICIDE EN MILIEU SCOLAIRE

Dr. Claire GRENIER

Médecin de l'éducation Nationale

L'école, évidemment, est destinée à l'apprentissage mais elle a aussi une mission clairement affichée qui est de veiller à la santé et au bien-être des enfants, des jeunes et favoriser le développement harmonieux de leur personnalité ... Et c'est donc, dans ce cadre que se situe un certain nombre d'actions : des actions d'éducation à la santé et des actions de prévention des conduites à risque. La prévention des gestes suicidaires rentre dans le cadre de ces différentes actions.

Dans le cas des écoles, il existe un service de promotion de la santé, un service social qui sont intéressés en général, d'autant que les services médicaux sont absolument tournés vers la prévention, leur raison d'être. Mais la prévention, en particulier, des conduites suicidaires ne concerne pas uniquement les membres du service médical ni les membres du service social mais également toutes les personnes qui interviennent dans l'école. Tous les membres qui interviennent dans le circuit éducatif.

Une équipe éducative est constituée : du chef d'établissement, des professeurs, des conseillers d'éducation, des surveillants etc... Les établissements secondaires disposent, tous au moins à temps partiel, d'un médecin, d'une infirmière, ou un infirmier et d'une assistante sociale.

Ces différentes personnes agissent soit au niveau collectif, soit au niveau individuel. Les actions collectives sont menées auprès de groupe classe, d'un groupe classe complet, ou par ½ classe. Et, elles ont pour but d'aider les jeunes à gérer au mieux leur santé. Mais au sens le plus global, on ne fait pas d'actions qui sont spécifiquement étiquetées "prévention du suicide". Elles n'existent pas dans les écoles ici du moins. Mais en revanche, il y a un certain nombre d'actions qui par les sujets qui sont abordés, traitent et permettent d'aborder indirectement la question du suicide. Par exemple, il y a des actions qui sont menées sur les conduites à risque : quand on parle de toxicomanies, de sécurité routière, etc. Indirectement, on peut espérer agir sur le risque suicidaire.

Il y a des actions d'éducation sur la sexualité qui concernent normalement tous les enfants scolarisés quel que soit leur niveau. Ces actions ont probablement, là aussi, un rôle important parce qu'elles touchent un grand nombre de sujets.

De plus, elles permettent d'aborder beaucoup d'autres sujets relatifs à la sexualité. Donc à l'intérieur de ces actions, on peut aborder le thème du respect des individus, du respect des différences, des violences sexuelles et on sait que (on le retrouve souvent en Guyane) les antécédents de violence dans l'enfance, en particulier sexuel, augmentent le risque suicidaire.

Ces actions collectives peuvent déboucher sur des entretiens individuels quand les jeunes le désirent. Donc, les jeunes savent qu'ils peuvent venir discuter d'un problème qui les concerne plus personnellement. Ils le font fréquemment à la suite d'une action collective ou d'une intervention. Cela permet de cibler les actions individuelles.

Il y a ces visites à la demande où l'élève peut venir rencontrer sur son temps scolaire la personne à qui il a envie de parler : médecins, infirmière ou assistante sociale. Ces acteurs tiennent des permanences dans les établissements. Il y a aussi des visites systématiques comme les visites médicales qui servent à priori à dépister des pathologies qui pourraient gêner la scolarité des jeunes. C'est l'occasion pour le jeune d'exprimer, si jamais il en ressent le besoin, un éventuel malaise : problèmes relationnels au sein de la famille, angoisses par rapport à la normalité, par rapport au corps, par rapport à l'avenir, problèmes sentimentaux...

Très souvent, les jeunes arrivent avec des plaintes somatiques. Ils ne viennent pas d'emblée en disant : " je me sens très mal et j'ai besoin de parler ". Cependant, on observe des passages répétés pour des maux de tête, des douleurs abdominales, des symptômes qui à priori n'ont pas de support physiologique. J'insiste sur le fait que si les jeunes trouvent une écoute favorable et attentive, ils se confient plus aisément et librement car on peut parfaitement faire une visite médicale sans jamais détecter aucun malaise.

Ces visites peuvent permettre de repérer des signes de souffrances psychique et parler éventuellement d'idées suicidaires. Quand un jeune parle d'idées suicidaires ou fait des allusions au suicide, nous ne banalisons jamais. Nous prenons toujours en compte, nous signalons au jeune qu'il a été entendu, nous avons entendu cette souffrance et on va tenter de l'aider.

Il faut savoir que la demande est énorme, nos disponibilités extrêmement limitées, on a conscience d'être en deçà de ce qu'on devrait faire par manque de temps, de moyens et de personnes. Il est impossible de recevoir et d'entendre autant de jeunes qui le désireraient. Quand on a entendu un jeune, il s'agit ensuite d'engager une action appropriée. Parfois plusieurs dialogues peuvent suffire, parfois on fait le signalement en fonction du problème et on peut orienter le jeune vers une structure de prise en charge.

La difficulté à laquelle on est confronté régulièrement est l'acceptation de jeune pour une prise en charge spécialisée, ce qui n'est pas toujours facile. Car, il faut encore qu'il trouve un endroit où aller. Actuellement, les jeunes jusqu'à 16 ans, sont pris en charge par le Service pédopsychiatrie et au-delà de 16 ans ils relèvent du Service de psychiatrie adulte. Il n'y a pas de Service pour adolescents en Guyane et donc ces jeunes sont confrontés à un Service qui est totalement débordé. La prise en charge de cette population-là demeure donc problématique.

Il y a les visites médicales, mais le comportement scolaire est très important pour indiquer l'état psychique du jeune : c'est l'effondrement scolaire, l'absentéisme, la violence.

Et là, ce sont les professeurs essentiellement, les surveillants, les CPE qui sont au premier plan pour dépister ces signes d'alerte. Ceux-ci devraient être repérés par les professeurs. Mais ils ne sont pas toujours interprétés exactement comme on souhaiterait qu'il le soit. Par ailleurs, les professeurs, lorsqu'ils se trouvent confrontés à l'expression par un jeune de sa souffrance ou pire de ses idées suicidaires, sont démunis voire effrayés et ne savent pas quoi faire de ces informations.

Alors, un des axes proposés est le développement de la communication à l'intérieur des établissements, en favorisant une collaboration entre toutes les personnes qui travaillent dans les établissements. C'est dans cette optique qu'en 2003 a été mise en place une formation pluridisciplinaire où se retrouvaient des professeurs, des conseillers d'éducation, des médecins, des infirmières, des assistantes sociales pour parler de la psychologie de l'adolescent, des différents signes d'alerte, sur les risques suicidaires. Elle permettait de répertorier ce qu'on peut mettre en œuvre au sein des établissements comme actions pluridisciplinaires. L'idée est de développer le travail en réseau, de constituer des équipes cohérentes. C'est encore balbutiant mais c'est la démarche habituelle : associer toutes les personnes qui interviennent au sein d'un établissement.

Certains établissements ont mis en place des cellules d'écoute, où les jeunes peuvent venir parler quand ils en ont envie. Actuellement, il en existe très peu, et le peu qui existe est tenu par des professeurs volontaires. On constate qu'il n'y a pas grand monde qui y vient. Il faudrait réfléchir sur "comment mettre en place ces cellules d'écoute", "sur qui écoutait", quelle formation.

Quand un jeune scolarisé se suicide, on met en place la post-vention pour que les enfants puissent continuer à vivre. Dans ce cadre-là, on annonce le décès aux enfants, on essaie de couper court à toutes les rumeurs et on essaie d'accompagner les autres élèves de l'établissement et en particulier ceux de la classe, les professeurs qui sont souvent choqués lors d'un tel événement. On permet d'exprimer sa douleur, son chagrin, sous la forme souhaitée : dessins, chansons, poèmes, de paroles, de dialogues... Les formes d'expression sont diverses.

Ces actions de post-vention sont assurées à la fois par des personnes de l'établissement mais il y a des intervenants extérieurs. Les médecins du Service infanto-juvénile viennent pour permettre, à ceux qui ont en besoin, de s'exprimer. On cherche ainsi à réduire les effets négatifs à court et à long terme du traumatisme généré par le suicide et à lever la culpabilité qui ne manque pas d'arriver et permettre que tout redevienne rapidement normal.

En conclusion, outre le fait qu'on doit développer la communication au sein de l'établissement entre toutes les personnes qui interviennent auprès des enfants, il y a un axe de travail vers les écoles primaires. J'ai parlé essentiellement du secondaire et on voit de plus en plus d'enfants jeunes qui montrent des signes de souffrance et qui auraient aussi besoin de soutien. Il y aurait peut-être un travail à faire avec les instituteurs, pour qu'eux-mêmes soient capables de dépister des signes d'alerte chez les jeunes enfants.

Je finirai en disant que nous n'avons pas la prétention d'avoir une efficacité extraordinaire en matière de prévention du suicide au sein des écoles.

Nous savons que nous avons une action limitée mais nous sommes convaincus que si les enfants, les jeunes qui passent l'essentiel de leur temps à l'école s'y sentent bien, ont un lieu où ils peuvent parler, on aura probablement agi dans le sens de la prévention du suicide.

Mme Tchisséka LOBELT

Merci Dr Claire GRENIER pour ces explications qui montrent qu'il faut une adaptation permanente des équipes et là en l'occurrence de la communauté scolaire. Le débat peut commencer.

DEBAT

Dr BERTELOTE

*Coordonnateur de la prise en charge des troubles mentaux et des affections cérébrales -
Département de la Santé Mentale et des Toxicomanies - Organisation Mondiale de la Santé
(OMS) - Genève*

Je voudrais intervenir quant à la présentation sur les trois niveaux de prévention. Je suis très satisfait du point de vue personnel. Par contre du point de vue humanitaire et scientifique, les choses sont un peu différentes. On ne peut pas proposer une intervention qui n'a pas démontré son efficacité, en l'absence de ce qu'on appelle en anglais "clinical control try" sans préparer l'intervention avec un groupe de contrôle qui n'a pas subi la même intervention. Parfois c'est très difficile voire impossible, mais sans cela, on risque de proposer une action dont l'efficacité n'est pas garantie.

Les gens qui doivent ensuite rendre compte du budget employé sont dans une très mauvaise posture parce qu'ils ne peuvent pas démontrer ce qui a été fait avec l'argent public. C'est une préoccupation de la Santé Publique ; il faut démontrer que ce qu'on fait a un résultat x ou y mais positif. Il faut examiner toutes les possibilités d'intervention de prévention. C'est d'ailleurs l'objet d'un débat fourni car certaines personnes se sentent réellement concernées par la question de la prévention, qu'ils sont heureux, satisfaits de n'importe quel résultat. Je vous donne un exemple : on parle d'une chose que je trouve essentielle c'est l'écoute : pourquoi et à quoi sert l'écoute ?

On a l'exemple bien établi en Europe à partir de travaux de Samaritains qui ont créé en 1953 un réseau d'écoute par téléphone, dans des endroits où les gens en crise peuvent aller. Après plusieurs années d'évaluation de ce modèle d'intervention de prévention, qui avait été établi spécifiquement comme modèle de prévention du suicide, on a constaté qu'il n'a aucun impact sur le taux de suicide. Cela signifie que l'on a créé toute une structure pour la prévention du suicide qui ne marche pas du tout. Cependant, ils ont découvert que ce réseau d'écoute a un rôle fondamental pour aider les gens qui sont en crise, qui ne sont pas forcément suicidaire, qui ne sont même pas dans une situation de tentative de suicide. Donc petit à petit, les réseaux plus avancés d'écoute téléphonique pour personne en détresse, ont changé leur identité de " prévention du suicide " pour celle " d'aide à personne en détresse ".

Du point de vue de la Santé Publique, l'argent est bien employé. En général, le système de santé à Saõ Paulo, au Surinam, au Canada et même ici en Guyane les pouvoirs publics, les réseaux de Santé Publique n'ont pas la possibilité de fournir une réponse à ces cas de détresse.

Les services de santé qui ont été présentés ici sont plus ou moins à même de donner une réponse aux cas de psychose grave, de dépression grave. Mais où vont les gens en détresse ? La création d'un foyer d'écoute où les gens peuvent s'adresser est donc essentielle.

DEBAT

(suite)

Une autre source d'information en Italie : ils ont étudié les gens qui avaient commis un suicide. Moins de 5 % de ces personnes n'ont jamais contacté un réseau d'aide téléphonique. Le réseau étant gratuit, tout le monde connaissait le numéro ; mais ce sont des fonctions différentes. Donc quand je mesure l'intérêt manifesté par les Guyanais quant aux possibilités réelles de prévention qui sont nécessaires ici, il faut réfléchir aux moyens à mettre en œuvre qui semblent correspondre aux 3 modèles que j'ai présentés brièvement hier.

Il y a des actions qui sont universelles. Ces actions vont couvrir toute la population sans égard à leur risque de suicide. Par exemple : quand on contrôle comment les médias présentent les informations, cela couvre toute une population à risque. Si on pouvait aujourd'hui éliminer toutes les armes à feu, ce serait le paradis d'abord, et éliminer tous les pesticides de classe 1 à haute toxicité, on réduirait en fin d'années 30 % de tous les suicides dans le monde. C'est une mesure universelle. On va enlever de la société un moyen de suicide. Cela va toucher ceux qui ont eu une intention suicidaire.

Viennent ensuite les mesures sélectives permettant d'identifier un groupe à risque. A l'école, par exemple, on peut identifier les élèves qui ont des problèmes. Sur le lieu de travail, quels sont les collègues qui commencent à " dégringoler " ou qui ont un rendement moindre qu'avant ? On sait que certains groupes qui diagnostiquent des personnes avec des pressions sont à risque. Donc ces mesures sélectives sont indiquées à des personnes avec un certain niveau de risque et finalement il y a la prévention spécifique pour des groupes de personnes à très haut risque. Je dirai des personnes avec des psychoses à répétition, des groupes de personnes avec des psychoses d'humeur bipolaire, d'anciennes psychoses maniaco-dépressive et les prisonniers.

Ces 3 groupes méritent une intervention spécifique et puisque les interventions sont différentes, ont différents coûts, ont différentes efficacités, il faut réfléchir à cela quand on compare une réserve indienne composée de 3 groupes avec 3 taux de suicide différents. On ne peut pas proposer un modèle de prévention du suicide pour les amérindiens car il serait inopérant.

Je prône donc une vérification de l'efficacité d'une quelconque intervention qui a déjà été proposée ; la littérature est très riche en la matière. De plus, les pouvoirs publics doivent être à même d'agir pour couvrir toute une population quels que soient les moyens et le coût.

Que vont-ils faire pour couvrir les gens qui ont un risque moyen de suicide, de tentative de suicide, à quel coût, à quelle efficacité ? Comme les représentants du Brésil l'ont montré, il s'agira d'identifier les groupes à très haut risque. Quelles sont donc les interventions en faveur de ces gens là ? Il faudra trouver un équilibre entre le général et le spécifique puis l'endiguer.

DEBAT

(suite)

Mme Maria LONY

Enseignante, membre du Conseil d'Administration de l'Observatoire Régional de la Santé

Je rebondis immédiatement suite à votre intervention car nous avons à l'ORS, consacré l'un de nos bulletins à cette question de suicide. J'avais proposé et je réaffirme clairement que la rubigine doit être moins accessible à la vente. En effet, nous avons constaté qu'en Guyane, de nombreuses personnes attentaient à leur vie en absorbant ce produit avec une issue souvent fatale. Donc, il y a une proposition claire que l'on peut soumettre au sein de ce colloque : ce produit ne doit pas être aussi facile d'accès en vente libre.

Dans tous les magasins, il est placé à côté des cigarettes, derrière le commerçant. Il n'a plus qu'à se tourner et n'importe quel individu qui a un souci, qui n'est peut être pas encore prêt dans sa tête de passer à l'acte, entrevoit entre guillemets cette solution. Pour lui, le passage à l'acte est trop facile, en tout cas il est facilité. Je crois que l'une des motions ou l'une des mesures que l'on pourrait prendre serait d'envisager avec le service de la consommation, une action visant à réglementer l'accès à ce produit. On pourrait par exemple le mettre en vente exclusivement dans des magasins spécialisés, tels les drogueries. Ainsi, la vente de ce produit ne sera pas interdite mais contrôlée. Il faudrait peut être aussi étudier la question du prix de vente car la rubigine coûte entre 2,5 ou 3 Euros. Je trouve que c'est peu cher payer pour la vie d'un être humain.

Dr Geneviève SIMART

Pédopsychiatre au Centre Hospitalier de Cayenne

Je voudrais intervenir pour dire à Maria que nous n'avons que très peu de tentative de suicide à la rubigine. D'ailleurs, il n'y en a pratiquement plus. Cela s'explique par différentes raisons et en particulier l'équipement en machine à laver de beaucoup de ménage. La rubigine était beaucoup plus utilisée sans la machine à laver.

Maintenant, nous allons davantage vers des produits plus toxiques que sont les pesticides, dans les populations d'enfants d'agriculteurs. Petit à petit, les choses ont évolué et, comme disait M. BERTOLOTE, essayons d'avoir des données plus fiables, plus adaptées au moment où nous en sommes avant de nous lancer dans des actions qui mobilisent beaucoup d'énergie qui ne sont peut être pas adaptées.

Il faut faire attention à la rubigine. D'ailleurs, on la voit beaucoup moins chez les commerçants maintenant qu'auparavant. C'est un produit comme les médicaments, comme les benzodiazépines, que l'on prescrit trop en Guyane. Les tentatives de suicide sont réalisées essentiellement par les benzodiazépines. Ce sont les médicaments psychotropes actuellement qui font le lit des tentatives de suicide admises au Centre Hospitalier de Cayenne.

DEBAT

(suite)

Mme Tchisséka LOBELT

Je voudrais que l'on revienne sur l'intitulé de la table ronde qui était la prévention dans chaque communauté et rebondir sur ce qui s'est dit hier puisse que tout est lié. J'aurais voulu qu'on réponde à une question : "faut-il raisonner en terme de communauté lorsque l'on parle de prévention du suicide" ? Quelqu'un était gêné hier à trop vouloir évoquer des chiffres. C'est une question qui s'adresse aux spécialistes, parce qu'on sait que les chiffres ont leur importance. Faut-il occulter les chiffres ou au contraire faut-il se baser dessus ? Dr BERTOLOTE a dit qu'il faut avoir des données, est-ce que quelqu'un voudrait répondre à cette question sur la quantification et aussi sur la question communautaire ?

Un intervenant

Il ne faut pas tomber dans le piège d'occulter ou de banaliser la question du suicide. Il faut connaître les chiffres, il faut savoir dans quelle zone de civilisation ou dans quelle communauté il y a plus de suicide que dans d'autres communautés et pourquoi ?

Dans les communautés où la suicidalité est importante, il faut agir en terme de prévention. Dans les communautés où il y a statistiquement moins de suicide, il faut en connaître les raisons et donc évaluer l'importance éventuelle et probablement certains de ces facteurs qui l'expliqueraient. Il faut ensuite connaître les causes ou les événements qui favorisent la suicidalité dans une communauté ou dans un groupe et permettre non seulement la prévention actuelle au moment de l'événement mais aussi engager d'une part des recherches génétiques et d'autre part retracer l'historique des populations.

Je rappelle l'intérêt de l'étude qui a été faite sur la maladie ou les psychoses maniaco-dépressives en relation avec le suicide dans la communauté des "Amiches" dans le Minnesota aux Etats-Unis qui a permis de retracer des familles génétiquement touchées par la psychose maniaco-dépressif mais également par le suicide. On s'est rendu compte que finalement la suicidalité des "Amiches" n'était pas uniquement due à une origine génétique d'un trouble mental. Actuellement en suicidologie, étude scientifique du suicide, certains collègues s'intéressent également à la génétique. Il ne faut pas non plus oublier la relation comme il a été dit hier, avec l'alcoolisme.

Dr DE NORONHA

Je voudrais dire que chez les indiens, il est impossible d'interdire aux individus l'accès aux moyens utilisés pour passer à l'acte (corde, vêtements...). Cependant, on peut agir en luttant contre l'alcoolisme.

DEBAT

(suite)

Mme Muriel JULIAN

Responsable adjointe de la Direction de la Solidarité et de la Prévention

Comme on l'a vu hier, le suicide est souvent la conséquence d'un mal être qu'il est difficile de partager ou d'exprimer. J'aimerais savoir dans quelle mesure, il serait possible de mettre en place des centres d'écoute anonymes en Guyane ou dans les autres régions. Dr BERTOLOTE a dit que l'impact n'était pas très important. Mais, je pense qu'il serait opportun de mener une réflexion sur le sujet.

Mme Tchisséka LOBELT

Quelqu'un peut-il répondre à cette question, sachant que la semaine dernière, il y a eu la mise en place du 119, un centre d'écoute pour l'enfance maltraitée ?

Mme Marie-Claude VERDAN

Présidente de l'ORSG

C'est à partir des propositions qui ont été faites durant ces 2 journées de travaux, qu'un rapport sera élaboré et adressé aux institutions et aux politiques. A travers le document concernant les mesures qui ont été éditées, nous serons amenés à exploiter les pistes. J'interviens en tant que 1^{ère} Vice-Présidente du Conseil Général, déléguée à la Solidarité et à la Prévention. Ce seront des mesures que nous devons exploiter dans le cadre de la prévention de la santé mentale.

Sont présents le Directeur adjoint Dr FRONTIER et Mme JULIAN collaboratrice de la DSP, je pense qu'ils sauront tenir compte de toutes les observations et de toutes les propositions, qui seront faites ici. Nous verrons alors dans quelle mesure nous pourrions les mettre en action et retenir l'essentiel de ce qui est dit aujourd'hui et hier.

Mme Tchisséka LOBELT

Merci Mme VERDAN, je rappellerais que vous avez dans vos dossiers un questionnaire d'évaluation où vous pourrez faire des propositions.

Mme Françoise GRENAND

Anthropologue chez les Amérindiens

Je ne suis pas Amérindienne, ni Guyanaise mais je pense que je peux donner mon point de vue. On a relié, hier le suicide, chez les Amérindiens à l'alcoolisme. Mais l'alcoolisme n'est qu'un symptôme parmi d'autres et on pourrait le mettre sur le même plan que le suicide. On devrait se poser la question, pourquoi il y a de l'alcoolisme, et relier tout cela à une violence généralisée.

DEBAT

(suite)

Et je suis heureuse de ce qu'a dit le Dr NORONHA parce que cela rejoint ce que je pense. A savoir pourquoi il y a une violence généralisée. C'est à cause de faits d'acculturation généralisés et pas seulement d'acculturation mais de déculturation. Vous avez remarqué qu'hier Mme WYNGAARDE a soigneusement distingué les Amérindiens de l'intérieur des Amérindiens de la côte. Elle avait totalement raison parce que les Amérindiens de la côte sont depuis longtemps en contact avec la société nationale. C'est comme cela qu'on l'appelle au Brésil on peut l'appeler comme cela en France aussi.

En Guyane par exemple, les Amérindiens de la côte sont depuis plus longtemps en contact avec la société nationale que les amérindiens du Sud. Ce sont les Amérindiens du Sud du département qui possèdent le plus fort taux de suicide (et le plus fort non-amour et désamour de soi). Mais c'était comme cela il y a 50 ans chez les Galibis, les Kalinas, quand ils côtoyaient le bagne à Saint-Laurent-du-Maroni. Ce n'est qu'une question de marche dans l'histoire, de retard dans l'histoire. Maintenant, qu'est ce qu'on peut dire à propos de l'acculturation ? Il faut prendre le problème dans sa globalité et non pas point par point. Si on dissocie les problèmes point par point on n'arrivera jamais à trouver une solution.

Il faut donc essayer de se dire par exemple que quand les gamins sont à l'école, c'est très bien. Moi-même qui aie fondé l'école à Trois Sauts, je ne peux pas aller contre ce que j'ai fait. Certains soirs, je me pose quand même la question. Cela leur permet de dialoguer d'un côté, mais d'un autre côté, on les coupe de leur racine, de leur peuple, de leurs parents. Et en réalité s'il y a, comme l'a dit Mme WYNGAARDE et comme on le constate partout en Amérique du Nord, dans toutes les populations tribales du monde, les populations autochtones, un fort taux de suicide chez les jeunes c'est parce que ce sont les parents, qui ne vont pas bien.

Les parents ne vont pas bien parce qu'ils sont déresponsabilisés d'une part, car l'éducation qu'ils donnent à leurs enfants n'est plus reconnue. C'est un point fondamental sur lequel il faut réfléchir. D'autre part, les adultes étant déresponsabilisés, ce sont parfois les enfants qui doivent prendre en charge leurs parents.

L'alcoolisme rentre effectivement en ligne de compte car, les parents n'aiment pas avoir des attitudes d'enfant vis-à-vis de leurs enfants. C'est aussi pour cela qu'ils sombrent dans l'alcoolisme. C'est un point qu'il ne faut pas perdre de vue.

Quand les sociétés fonctionnaient selon le mode traditionnel, elles étaient de ce point de vue identique à la nôtre. Mais les guerres en tout genre ont généré une explosion de violence. D'ailleurs, la phrase : "une bonne guerre ça leur fera du bien", possède un fond de vérité malheureusement. On coupe peut-être la possibilité aux populations tribales de faire la guerre de communauté à communauté. Mais ce peut être une guerre chamanique : on n'est pas obligé de mourir avec des flèches, des arcs et du poison.

DEBAT

(suite)

En enlevant la possibilité de gérer soi-même les rapports conflictuels avec les autres communautés, parce que la loi l'interdit maintenant, cette exo violence se retourne contre soi et on arrive à une endo violence. Il faut aussi réfléchir à ces problèmes.

Mme Tchisséka LOBELT

Merci Mme GRENAND pour cet éclairage, on passe la parole à M. Benoît COTRELLE médecin inspecteur DSDS.

M. Benoît COTRELLE

Médecin Inspecteur DSDS

Je voudrais revenir sur le problème des chiffres. Il est complètement faux de dire qu'on ne peut pas faire d'étude qui prenne en compte la nationalité des personnes. Chaque étude fait l'objet d'une réflexion et si vraiment dans l'objet de l'étude il y a un intérêt à prendre en compte l'ethnie, on pourra la réaliser.

Par contre, on pourrait se poser la question de la pertinence de la connaissance de l'ethnie. Par exemple, quel est le degré de similitude entre un Aluku qui vit à Cayenne depuis sa naissance et un Aluku qui vit dans son village d'origine de 50 habitants isolé sur un fleuve ?

Je voudrais aussi insister sur la petitesse des chiffres. Nous sommes dans un petit département ; le phénomène du suicide est apprécié diversement suivant qu'on s'intéresse aux données de mortalité ou aux données de décès possible liées au suicide. Mais on n'arrivera jamais à définir même en faisant des études épidémiologiques, les facteurs de risque et encore moins si on fait des catégories ou des stratifications suivant l'ethnie éventuelle, le lieu de résidence ou la civilisation.

Je pense qu'il vaudrait mieux s'orienter vers les études épidémiologiques beaucoup plus qualitatives. C'est-à-dire vu la petitesse des chiffres et compte tenu de l'existence d'un assez bon réseau de prise en charge, étudier chaque cas de suicide enregistré en Guyane.

Dr. Geneviève SIMART

Pédopsychiatre

On a peut être intérêt tous ensemble à réfléchir sur ce que nous pouvons faire, ce que nous avons les moyens de faire, nos limites plutôt que de nous lancer dans des actions tous azimuts.

DEBAT

(suite)

Chacun de nous, les anthropologues, les psychiatres, etc. va avoir une définition différente du phénomène suicide. Je crois qu'on commence à avoir dans le département un certain nombre d'éléments. Ils ne sont pas parfaits, ils sont perfectibles, mais ils ont le mérite d'exister.

Continuons, comme disait Dr COTRELLE, à avancer sur certains points, commençons à travailler sur ce que nous connaissons déjà. Nous avons des éléments sur les tentatives de suicide, sur certains facteurs déterminants, qui ne sont pas les armes à feu et sur lesquels on peut agir. Ils ressemblent d'ailleurs étrangement aux déterminants que l'on voit ailleurs.

On voit beaucoup de tentatives de suicide associées à l'alcool. Dans mon activité, on a fait un travail avec les pédiatres qui s'inquiétaient de voir revenir dans leur service des adolescents après plusieurs tentatives de suicide. On a observé et analysé les faits, puis on a mis en place un protocole. Maintenant il faut l'évaluer et je rejoins le représentant de l'OMS on ne s'était peut être pas donné au départ les moyens de l'évaluation.

Donc, on est un peu en difficulté. Mais on s'est penché sur les dossiers de tous ces jeunes qui faisaient des tentatives de suicide. On voit que dans leur parcours, en particulier chez les jeunes filles, il y a un nombre impressionnant d'abus sexuels dans l'enfance. C'est un élément qu'on peut prendre en compte. Cela ne touche peut être pas directement la prévention du suicide mais concerne d'autres unités qui vont travailler sur la prévention des violences sexuelles et ainsi de suite.

Je crois qu'actuellement, nous avons les moyens d'entamer un travail dans de bonnes conditions.

ANIMATEUR

M. Jean-Maurice MONTOUTE :

Journaliste, Antenne Créole Guyane (ACG)

RAPPORTEURS

M. Rocco CARLISI

Infirmier Départemental de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

M. Gilles HORTH

Directeur du Centre Régional d'Information Jeunesse de la Guyane (CRIJG)

Mme Sonia FRANCIUS

Inspectrice d'Académie - Rectorat de la Guyane

3^{ème}
table ronde

PRISE EN CHARGE DU SUICIDE DANS CHAQUE COMMUNAUTE

PRISE EN CHARGE DES TENTATIVES DE SUICIDE A SAO PAULO

Dr. Léon DE SOUZA LOBO GARCIA

Secrétariat municipal de la Santé de Saõ Paulo - Brésil

Nous nous sommes d'abord interrogés sur le suivi des suicidaires dans les réseaux de santé et précisément le suivi des récidivistes. Ils arrivent au Service d'urgence et veulent tout de suite repartir chez eux sans trop en parler avec un psychologue, un psychiatre ou qui que ce soit.

Cela relève d'un mécanisme de négation de cette tentative. En fait, il y a toujours minimalisation de l'acte. Il y a ici un rapport étroit entre la honte d'avoir attenter à sa vie et le désir que cet acte ne soit pas révélé à sa famille, ses amis, dans son milieu professionnel ou estudiantin. Il y a cette tendance de la part des gens qui tentent le suicide de s'enfuir, de ne plus jamais vouloir parler du suicide. On constate aussi que les services de santé, d'une façon ou d'une autre, laissent ces suicidaires s'enfuir.

On connaît la difficulté pour un professionnel de santé de soigner un suicidaire. C'est un très grand défi qui agit psychologiquement sur le professionnel. Quelquefois, les professionnels ne sont pas préparés à tenir cette prise en charge, mais ne le disent pas, ne l'admettent pas. Il faut donc d'abord admettre les difficultés que présente la prise en charge des suicidaires. Il faut que les professionnels sentent que dans le système de santé (dans la forme par laquelle ce système est planifié et pensé), une aide réelle est nécessaire pour qu'ils puissent prendre en charge ces cas. On a bien écouté la description que nous a faite le Dr MAROTTE, sur toutes les ressources qui sont nécessaires pour la prise en charge des suicidaires au Canada.

Notre premier objectif était d'assurer le parcours des tentatives de suicide dès les services d'urgence jusqu'aux centres où se fera la prise en charge. La plupart des tentatives de suicide ne nécessitent pas d'internement. Les gens restent quelques heures, peut-être un jour au maximum à l'hôpital, puis seront suivis tout en étant chez eux (en fréquentant les centres spécialisés, de santé mentale près de leur maison, près de leur communauté). Ce qui est essentiel pour nous c'est d'assurer effectivement ce suivi.

Ensuite, notre objectif était de rechercher ces suicidants qui n'apparaissent pas aux services de santé, qui manquent les consultations, qui ne donnent pas de leurs nouvelles. Alors, il faut les chercher et bien sûr améliorer la formation des professionnels en leur offrant des outils simples, pratiques pour qu'ils puissent se sentir préparés, capables d'assumer cette prise en charge si difficile.

Pour ne pas risquer d'inventer un système qui n'aurait pas été évalué et qui pourrait échouer, nous avons choisi l'expérience accumulée par l'OMS et nous avons cherché la coopération de l'équipe chargée de la branche brésilienne de l'étude de l'OMS sur un mode d'intervention pour le suicide.

Nous avons cherché l'aide de cette équipe pour nous faire partager son expérience sur une ville voisine de São Paulo. Même si les résultats ne sont pas concluants, ils nous aideront à faire la formation de nos professionnels et faciliteront l'implantation de ce système de suivi de prise en charge des suicides. L'essentiel de cette intervention, en résumé, c'est qu'une fois qu'on identifie une tentative de suicide, on ne lâche plus la personne qui a fait cette tentative de suicide. C'est le message très fort qu'on veut leur faire passer, cela veut dire que si vous êtes venus ici à cause de ce problème (quelque soit ce que vous nous dites, que vous n'allez pas recommencer), nous, " on ne va pas vous lâcher au moins pendant un an et demi " ! Et, pour le faire, on a préparé un calendrier et un contact téléphonique régulier à établir.

Les gens qui arrivent au Service d'urgence font l'objet d'une intervention courte. On discute un peu sur ce qui a poussé au suicide, qui a pu mener cette personne à cette tentative de suicide. On lui dit ce qu'on peut faire pour aider les gens qui tentent le suicide et on lui donne une adresse, une date précise et le nom du professionnel qui va la suivre dans le centre spécialisé de santé mentale ou dans le centre communautaire de santé plus près de chez elle. Cette personne sortira avec une date précise, on avertit le centre communautaire qu'un tel est attendu le mardi après-midi pour sa première consultation après avoir tenté le suicide.

Ce centre est déjà préparé à recevoir cette personne. Si celle-ci ne vient pas, le centre devra téléphoner immédiatement pour savoir ce qui s'est passé. Et, c'est ainsi que l'on déclenche ce calendrier téléphonique qui se fait la 1^{ère}, 2^{ème}, 4^{ème}, 7^{ème} et 11^{ème} semaines après le passage à l'acte et les mois suivants (c'est le minimum). Notre action ne se limite pas à cela. On veut s'assurer que toutes les tentatives de suicide auront au moins cette forme de prise en charge.

On téléphone aux gens pour prendre de leurs nouvelles. On se renseigne ainsi sur leurs activités, leur état d'esprit, leurs préoccupations depuis leur dernière visite. C'est une façon de maintenir le lien entre le service de santé et la personne afin de lui proposer des amorces de solution. C'est une façon de maintenir le lien et de couper l'isolement de cette personne.

L'acte suicidaire est essentiellement un acte solitaire de quelqu'un qui ne croit pas plus à l'aide que pourrait lui apporter la société. Nous, on veut non seulement être à côté de ces gens, (savoir ce qui se passe avec eux) mais on veut passer le message très fort qu'ils ne seront plus seuls, on sera toujours là pour les écouter.

PRISE EN CHARGE DU SUICIDE DANS LES COMMUNAUTES HAITIENNES EXILEES

Dr. Cécile MAROTTE

*Ethnopsychiatre - Equipe de psychiatrie transculturelle (Hôpital de Montréal pour enfants)
Présidente du Réseau d'Intervention auprès des personnes ayant subi la Violence Organisée
(RIVO)*

Comme je l'ai précisé tout à l'heure, la prévention et la prise en charge sont étroitement liées. Je voudrais présenter ici la prise en charge d'un client référé à l'hôpital par l'équipe de psychiatrie transculturelle de l'hôpital de Montréal pour enfants, et par le Réseau d'Intervention auprès des personnes ayant subi la Violence Organisée.

Nous intervenons certes avec des populations Haïtiennes, mais aussi avec toutes les populations en situation d'immigration et de recherche de statut légal. Le facteur juridique est donc toujours à prendre en considération. En effet, nous avons pu observer que l'obtention du statut de réfugié est en soi un levier thérapeutique extrêmement important qu'on ne peut pas occulter les bénéfices thérapeutiques.

Hôpital de Montréal pour enfants : équipe de psychiatrie transculturelle

Quand de jeunes Haïtiens sont référés à l'hôpital de Montréal pour enfants, ils sont en général d'abord référés au Service de pédopsychiatrie où ils sont internés en urgence soit pour une décompensation soit pour une tentative de suicide, ou un signalement de passage à l'acte avorté.

Au bout de quelques jours, si on ne trouve rien qui justifie de les garder en pédopsychiatrie, si on pense qu'il faut approcher peut-être autrement un problème qui risque de prendre du temps, alors on les réfère à l'équipe de psychiatrie transculturelle. Celle-ci à la vocation de tout comprendre et de tout résoudre puisque le facteur temps n'intervient comme limite qu'au moment où le jeune atteindra ses 18 ans.

Quand ces jeunes nous arrivent, en effet, leur dossier reste ouvert nécessairement jusqu'à 18 ans, il ne sera pas fermé avant même s'il ne revient plus, même s'il va mieux, même s'il change de province.

On dispose donc d'une marge de manœuvre qui nous permet de travailler avec le temps et de travailler en amont.

Ce jeune, garçon ou fille appartient à une famille, que la famille soit ou non au Canada, qu'il ait laissé tout le monde derrière lui, que sa famille soit recomposée ou non. L'approche du jeune prend nécessairement en compte celle de sa famille, des proches. Quand on dit proches, il peut s'agir de la grande tante, du grand-père, de la grand-mère, du cousin, c'est-à-dire les personnes qui vivent dans son entourage, qui lui servent de référence et qui sont légalement responsables de lui.

Nous travaillons selon l'approche ethnopsychiatrique. La première rencontre peut durer une après-midi complète. Nous avons la possibilité de prendre le temps nécessaire pour comprendre de quoi il en retourne.

L'équipe comprend une dizaine de personnes : médecins, psychologues, travailleurs sociaux, art-thérapeutes car l'art-thérapie est une technique qui se révèle très efficace avec les jeunes, tout particulièrement chez les filles qui à l'âge de 10 ans, ne vont pas verbaliser facilement surtout s'il y a eu des violences sexuelles. Or, c'est souvent la raison pour laquelle elles arrivent à l'hôpital. L'art-thérapie va permettre progressivement à ces jeunes d'utiliser un autre langage pour approcher les séquences traumatiques qu'ils ont vécues que ce soit la violence physique de leurs parents ou des violences sexuelles, lesquelles sont relativement fréquentes dans les manifestations pathologiques.

L'évaluation diagnostique reprend l'histoire de la personne en amont. Nous retraçons, nous essayons de retracer et de comprendre les étapes de l'histoire migratoire, les violences que la personne a pu subir avant (c'est-à-dire dans son pays), les violences qu'elle peut avoir subi en arrivant dans la société d'accueil, l'impact de la séparation familiale quand elle s'éternise et que la réunification familiale tarde. Des facteurs traumatiques nouveaux peuvent surgir, après l'arrivée du jeune. Quand il arrive comme mineur non accompagné, il peut apprendre un certain nombre de violences survenues à sa famille restée en Haïti. Et, il peut alors se trouver totalement démuné, ne plus entrevoir le sens de sa présence dans la société d'accueil et faire en sorte que son adaptation soit difficile.

Il y a également la résilience : certains jeunes font preuve d'une résilience étonnante, qui questionne, comme si les séquences traumatiques étaient évacuées de la vie de ce jeune. Une très bonne adaptation à la nouvelle société malgré des phénomènes traumatiques importants avec des séquelles graves peut en effet après un certain nombre de mois ou d'années ne pas empêcher une tentative de suicide ou un passage à l'acte irréversible. La résilience très/trop rapide est une situation à laquelle nous prêtons attention.

La prise en charge des références se fait donc au départ avec une équipe formée à l'ethnopsychiatrie. L'évaluation diagnostique préliminaire se fait donc en groupe et le groupe n'est pas un facteur qui intimide le jeune ou sa famille, bien au contraire. Le groupe joue le rôle d'un contenant où le rapport duel entre le client et le praticien, qui pourrait initialement inquiéter le jeune, est reporté ultérieurement au niveau du suivi thérapeutique.

A la fin de l'évaluation diagnostique, un suivi individualisé qui peut durer jusqu'aux 18 ans de la personne est proposé. J'ai été surprise d'apprendre qu'ici en Guyane la majorité était fixée à 16 ans. Au Canada, la majorité est fixée à 18 ans. C'est-à-dire que légalement jusqu'à 18 ans, le jeune reste un enfant. Le dossier peut donc rester ouvert jusqu'à cet âge-là. Il y a toujours une personne qui est responsable du suivi du jeune qui a été référé et qui assure ce suivi.

On essaie d'éviter les changements d'intervenants parce que la régularité du cadre est extrêmement importante, ainsi que celle des entrevues qui ont lieu si possible avec le même intervenant à cause du lien thérapeutique qui s'établit. Tous les 6 mois, nous faisons un bilan, une nouvelle entrevue avec tous les intervenants, le jeune, et si possible les personnes qui étaient là au début et nous essayons d'évaluer ce que le jeune a réussi, ce qu'il voudrait faire, ses capacités à se projeter et les risques qui existent encore de retourner au Service des urgences.

Réseau d'Intervention pour les personnes ayant subi la Violence Organisée (RIVO)

Le deuxième mode d'intervention est l'intervention en réseau dans l'organisme dont je fais partie qui lui travaille au niveau communautaire, très développé au Canada. Nous avons mis en place une formule qui tisse ensemble trois (3) fils directeurs au niveau de l'intervention psychothérapeutique : le juridique, le social et le psychologique. Ces (3) approches vont travailler de manière concertée en offrant des services intégrés aux personnes qui sont référées au réseau. La prise en charge va prendre en compte sous des angles différents mais complémentaires, les diverses difficultés que la personne n'a pas nécessairement eu l'occasion de dévoiler ou qu'elle a honte de dévoiler en milieu hospitalier ou autre.

Ce sont davantage des adultes, hommes et femmes qui sont référés au RIVO que des adolescents. Ils sont référés par des travailleurs sociaux, par des médecins, par des hôpitaux. Il y a donc eu des approches diverses préalables, au moins une perception que la personne référée n'allait pas bien. Aussi, quand on reçoit cette personne, on procède au plan communautaire lequel est très différent du domaine hospitalier puisque ce n'est pas un service public.

Et, on rencontre beaucoup de confiance de la part des personnes qui nous sont référées précisément parce qu'elles savent que ce n'est pas un service public et donc qu'elles n'ont rien à craindre par rapport à leur situation d'immigration, laquelle demeure toujours la préoccupation première.

On peut alors avoir accès à des informations relatives à l'histoire migratoire, au statut juridique, aux traumatismes réels subis par l'individu. Ce qui constitue un avantage par rapport au service public qui génère toujours la crainte qu'un dossier communiqué n'entrave l'obtention d'un statut.

Le RIVO travaille à la manière d'une clinique communautaire juridique et aborde conjointement le plan psychologique, le plan psychiatrique, le plan social et le plan juridique. Nous travaillons avec des avocats, des psychologues, des psychiatres et des travailleurs sociaux. Les (3) instances sont questionnées de manière complémentaire.

Ce type de fonctionnement est nouveau et l'évaluation des résultats est en cours. Mais comme la question des chiffres a été soulevée, je peux apporter quelques précisions.

Comme l'a dit très justement le Dr BERTOLOTE, l'évaluation de ce qu'on fait est un processus essentiel parce que c'est l'indicateur permettant de savoir si on est sur la bonne voie, si les résultats attendus sont obtenus complètement, partiellement ou pas du tout : on peut avoir fait fausse route et on peut avoir à redresser la barre. Mais, on est contraint aussi de tenir compte des contextes au niveau micro et individuel.

On peut donc obtenir des résultats chiffrés qui ne correspondent pas aux chiffres attendus sans que pour autant on s'arrête de travailler. Je crois que les chiffres jouent quelque part aussi le rôle de rassurer au niveau des interventions. On obtient des données, des chiffres et on voudrait qu'ils soient exacts. Or, la réalité est mixte, c'est oui et non en même temps. Nous dépendons du contexte et dans le contexte d'une population immigrée, les gens n'expriment pas tous de la même manière la même chose.

Les peurs compréhensibles chez une adolescente sont le Sida ou la grossesse. Le Sida en Haïti stigmatise les personnes qui en sont atteintes. Et, la crainte que certaines adolescentes ont d'être séropositives peut les pousser à l'acte suicidaire sans qu'on n'ait jamais eu d'explications ni verbales ni autres de la violence sexuelle comme facteur causal de la situation actuelle.

La prévention fonctionne alors avec la prise en charge et le support thérapeutique, c'est le propre du travail en réseau. Il est difficile de prétendre travailler seulement sur la base d'informations au plan psychologique en ignorant le drame que peut représenter le refus d'obtention au statut de réfugié, refus qui va modifier considérablement sa vie quotidienne au plan social puisqu'il sera illégal au plan du travail et de l'accès aux soins de santé.

L'intégration des services est donc, à partir de notre intervention et de la population-cible, la proposition de prise en charge la plus efficace au niveau des adolescents et des adolescentes Haïtiens, entre autres personnes référées à nos services.

En même temps, on veut avec cette initiative pouvoir faire une enquête sur le profil des tentatives de suicide, parce qu'on ne connaît pas les caractéristiques des gens qui tentent le suicide à São Paulo. On veut savoir qui sont ces gens là, quelles sont leur caractéristiques pour pouvoir mieux miser nos politiques. On va faire en même temps une évaluation de cette intervention, de son efficacité

Notre centrale de contrôle est un outil essentiel : on y trouve un intervenant équipé d'un ordinateur, d'un téléphone, ou d'un télécopieur. Cette personne reçoit les notifications de suicide, et possède à sa disposition l'agenda des centres communautaires de santé pour pouvoir répondre immédiatement aux services d'urgence : quel jour et à quelle heure les patients peuvent prétendre à une consultation. Cette même centrale va recevoir des centres de santé de très courts rapports sur le suivi qui se fait de ces patients. A chaque fois qu'un centre communautaire téléphone à un patient et lui demande comment il va, il va le rapporter à la centrale de contrôle pour qu'on puisse être informé de l'état de cette personne en s'assurant que son suivi soit effectif.

Si un centre de santé rate la date et qu'il n'envoie pas de rapport à la centrale, celle-ci va téléphoner à ce centre et l'interroger sur les causes de ce manquement. Peut-être est-ce l'occasion d'effectuer une visite à domicile.

Nous avons dans beaucoup de centres communautaires de santé des agents communautaires de santé qui appartiennent aux communautés. Ils y travaillent, ils y vivent et ont pour fonction de visiter les domiciles afin de constater les conditions de santé des gens. Ces agents communautaires de santé ont l'habitude de visiter les patients et on pourra leur apporter notre aide dans le cas où ils n'arrivent pas à contacter le patient ni lui faire une visite. C'est ce qui est prévu.

Un tel système est peut être coûteux. Il est dans les possibilités d'investissement d'une ville comme Saõ Paulo, mais certainement pas d'un pays comme la Guyane. Parce qu'il est coûteux, il nous faut des raisons très fortes pour le justifier auprès des gens qui décident des actions dans lesquelles l'argent du budget de santé sera investi.

Dans une situation de pénurie de budget, il faut qu'on puisse expliquer au secrétaire de la santé de Saõ Paulo : "que ça vaut le coup d'investir 0,5 % de notre budget dans le développement d'un système de prise en charge des tentatives de suicide". En plus, on s'est aperçu que c'était un phénomène de santé publique.

Cette solution de prévention et de prise en charge du suicide nous permettrait d'avoir quelques discussions très importantes sur le système de santé en général et pour le système de santé mentale spécifiquement.

On s'interroge toujours sur la façon de procéder pour qu'il y ait interaction entre les urgences, les centres spécialisés, les centres communautaires, ainsi que les autres secteurs du service public. Le suicide est un sujet qui attire l'attention des gens. C'est un sujet émouvant, les gens se sentent mobilisés, éprouvent l'envie d'agir afin d'endiguer le phénomène.

L'intégration des services de santé est donc fondamentale, pour la prise en charge du suicide. Cette discussion aura une utilité plus large, qui dépassera la question du suicide tout simplement. C'est aussi une façon de qualifier le traitement des troubles mentaux graves, d'apporter une meilleure qualité aux traitements de ces patients qui sont touchés par le suicide mais aussi par d'autres problèmes. C'est aussi une façon d'engager la discussion à propos du type de réseau de santé mentale que l'on souhaite pour notre ville, Sao Paulo à travers des situations cliniques (le suicide par exemple).

C'est une situation clinique précise, on peut faire cette discussion du modèle de réseaux : quels sont les facteurs favorables et défavorables à la prise en charge du suicide ? C'est une façon de rendre la discussion plus intéressante, de sortir du théorique, de l'idéologique, pour qu'enfin, l'accent soit mis sur la santé mentale.

PRISE EN CHARGE DU SUICIDE DANS LA COMMUNAUTE SURINAMIENNE

Dr. Ricardo HAARLOO

Psychiatre au Centre Psychiatrique du Surinam (PCS)

Le plus important pour nous est la prise en charge du patient. Le travail primordial est donc axé sur l'assistance dans les hôpitaux et dans les unités spéciales d'urgence. La communication est placée au premier plan. Avec une personne problématique, les signaux d'alarme ne sauraient être ignorés. Ils doivent au contraire être pris très au sérieux, ils nécessitent du temps et de l'implication.

La relation avec le patient doit être basée sur le respect de sa personne avant tout. On doit donc faire attention à lui, à sa personne. Cette démarche nous permet d'anticiper d'éventuels "projets suicidaires" ; elle favorise aussi la compréhension de l'état mental du patient.

Cette méthode n'est efficace que si l'on tient compte de "l'histoire du patient" :

- De quel milieu social vient-il ?
- Dans quelles conditions matérielles et humaines vit-il ?
- Quelles sont les difficultés qu'il rencontre ?
- Comment évolue t-il dans son milieu scolaire ou professionnel ?
- Autour de lui, trouve-t-on des éléments dangereux comme le fusil, les couteaux, les pesticides... ?

Quand nous avons obtenu des réponses à toutes ces questions, la famille ou le groupe d'appartenance est informé. L'état mental du patient lui est immédiatement soumis.

La religion est aussi un facteur à prendre en compte. En effet, les associations et organisations religieuses sont souvent dirigées par des leaders. Compte tenu de leur influence sur l'individu, ceux-ci peuvent nous aider dans le cadre de la thérapie. Parlons maintenant des actions à mener. Elles doivent être davantage axées sur le patient. Il est nécessaire que ce dernier adhère à l'action mise en place pour sa sauvegarde.

Par ailleurs, nous devons associer à cette démarche les spécialistes des maladies mentales. Leurs conseils et leur expérience nous permettront d'apporter aux patients une aide plus efficace car ils ont besoin de communiquer, d'être soutenus. On doit leur redonner espoir en prenant le temps nécessaire pour s'intéresser à eux de façon individuelle. Des " meetings " devraient être organisés en partenariat avec les familles afin de les aider à mieux appréhender le problème du suicide.

Pour l'heure, il s'agit de mettre en place une aide spécialisée dans les hôpitaux. Car, la surveillance et l'encadrement du patient sont indispensables. On ne doit pas prendre le risque de le laisser dans l'isolement et d'ignorer sa situation.

PRISE EN CHARGE DES SURVIVANTS DES TENTATIVES DE SUICIDE DANS LES POPULATIONS INDIGÈNES AU BRÉSIL

Dr. Marcos DE NORONHA

Fondateur de l'Association Brésilienne d'Ethnopsychiatrie et Psychiatrie Sociale

La majorité des gens qui tentent de se suicider n'arrivent pas dans nos services de santé, dans les sociétés modernes, occidentales et même chez les Indiens. Travailler la prise en charge de gens qu'on ne voit pas, est une tâche complexe. Il faut connaître la façon de vivre de 2 ethnies chez nous, les Tikunas et les Guaranis Kaiowas.

On reprend les conseils des 'Pajé' qui sont encore utilisés et après on va faire une brève comparaison sur l'action du médecin ; du service de santé occidental et le service d'action traditionnelle de la médecine complémentaire comme on dit au Brésil. Les Guaranis sont l'ethnie la plus grande chez nous. Il y a environ 20 000 Guaranis au Brésil. Le Guaranis habite plusieurs parties du pays. Le Kaiowas habite à Mato Grosso où l'on recense des cas de suicide.

Chez les Guaranis Kaiowas, quand on meurt, on passe dans une autre dimension. Chez le Guaranis, c'est fantastique. Quand les femmes sont enceintes, elles chantent pour le bébé qui est dans leur ventre, pour qu'il soit 'kiriri', ce qui veut dire une bonne personne. Aujourd'hui, l'efficacité de ces méthodes ancestrales ne fait aucun doute.

Il y a plusieurs choses liées au suicide. D'abord, la désagrégation sociale. Les Guaranis ont des difficultés pour l'agriculture, des problèmes sexuels. Les hommes partent à la ferme pour travailler puisqu'ils ont perdu leurs terres. Ils ont loué ces terres à d'autres gens. Quand ils retournent chez eux, ils retrouvent leur femme, parfois, avec une autre personne. C'est une situation délicate et problématique.

Le début des passages à l'acte chez les Guaranis correspond à l'arrivée sur leur territoire de plusieurs mouvements religieux ou sectaires. Ce phénomène a contribué à la disparition des chefs religieux guaranis, à la dissipation de la pensée collective. Même l'usage du chicha, boisson alcoolisée, fut prohibé.

Il y a en Amérique du Sud 40 000 Tikunas. La majorité vit au Nord du Brésil (Colombie, Pérou et Amazonie). Le Tikunas a plusieurs rituels. L'un d'entre eux est la " fête de la nouvelle fille ". C'est une fête intéressante puisque dès la première menstruation des jeunes filles, les garçons s'habillent de masques pour effrayer les filles, les tantes essaient de les protéger. Cela dure plusieurs jours.

Les Tikunas sont depuis longtemps au contact des blancs et leur façon de vivre commence à changer.

Parler du suicide égoïste et de l'isolement social, arrive plutôt chez les protestants que les catholiques, davantage chez les personnes âgées que chez les jeunes en Europe. Au début de l'industrialisation de l'Europe, l'individualisme s'est de plus en plus développé. C'est une attitude qui est de nature à inciter au passage à l'acte.

Le 2^{ème} type, c'est le suicide altruiste (les sociétés orientales par exemple) les barbares, les militaires. Chez moi les militaires les moins gradés ont plus de problème de suicide. La perte complète de l'individualité est aussi un facteur déterminant.

Le 3^{ème}, c'est la guerre entre les pays arabes, ce sont les suicides mystiques et les pays occidentaux.

Des travaux en cours tentent de l'expliquer à travers la notion d'anomie. La vision du Guaranis sur le suicide est mystique : c'est la sorcellerie, ce n'est pas un phénomène individuel, c'est un phénomène collectif.

Une brève comparaison sur l'efficacité de la médecine scientifique et la médecine du chaman (que j'ai appelé médecine complémentaire). Chez les médecins, on valorise les symptômes ; chez les indiens, on utilise ces symptômes pour découvrir la cause du mal. C'est l'adaptation au contexte socioculturel et l'action sur les causes que les services psychiatriques essaient d'étudier.

Il en est de même pour les médicaments. Dans les pays modernes, il y a beaucoup d'effets collatéraux. Au Sénégal, par exemple, les gens savent qu'ils peuvent compter sur un médecin pour l'accompagnement. Cependant, ils font appel au guérisseurs pour toute rémission. Cette démarche est indissociable des traitements ritualistes, des symboles et des effets placebo.

Le scientifique voit la maladie dans son aspect organique. Chez nous, il faut satisfaire le désir de santé immédiate de la population. Chez les chamans, la maladie du corps et de l'âme c'est la même chose. Il n'y a pas de séparation. Les facteurs sociaux et culturels et la genèse de la maladie sont plus importants que le malade.

Pour finir, la pratique des thérapies ethnopsychiatriques a été inspirée par les populations traditionnelles. Maintenant, on travaille en Occident sur la prise en charge et la prévention. Dans les rencontres, on est en cercle : la parole du médecin est importante mais la parole du patient l'est autant. Ce sont des rencontres de partage. Parler de suicide dans un grand groupe est possible car il y a une éthique qui fonctionne.

Les conflits affectifs et sociaux commencent à avoir une place. Il existe une solidarité des gens qui tombent malades de dépression avec comme conséquence le suicide, ce sont des gens qui travaillent parfois. Dans les rapports, ils parlent de ce qu'ils pensent mais pas de ce qu'ils ressentent. Si on leur demande, s'ils peuvent en discuter avec leur famille, la réponse sera identique (ou semblables).

L'espace de la thérapie sociale est large et peut recevoir plusieurs personnes. Nous n'avons pas, même dans les pays développés, des professionnels suffisamment préparés pour travailler avec la maladie (dépression, psychoses). L'espace de la thérapie de groupe, de soutien ethnopsychiatrie peut recevoir un plus grand nombre de gens comparé à la thérapie individuelle.

Ce sont des expériences faites, par exemple, dans la thérapie communautaire, dans la thérapie sociale et on montre comment travailler avec le corps. Ainsi, en masso-thérapie, le masseur travaille en essayant de soutenir et d'apporter des informations sur les patients. Pendant la séance, ils partagent aussi leurs points de vue avec le patient. C'est toute une équipe qui travaille. Il y a l'atelier d'art, de créativité. Tout le monde est source de savoir et partage son expérience. Ils sont devenus attentifs et participent même à des expositions dans des collèges.

Quand il y a un cas de tentative de suicide, nous avons besoin d'une personne pour la protection du malade. Le service de santé n'a pas d'organisation suffisante pour donner cette protection. Alors, pour notre patient, il nous faut compter l'aide de la famille ou d'autres patients préparés pour le groupe.

VIE CARCÉRALE ET SUICIDE POTENTIEL EN GUYANE

M. Jean-Cyril VAN HAMME

Psychologue Clinicien - Psychotérapeute

Intervention conjointe, lue par Mme Rita FLAMBEAU

Infirmière du secteur psychiatrique (Centre Pénitentiaire de Cayenne)

Au centre pénitentiaire, nous avons 2 structures hospitalières : l'UCSA (Unité de Consultation en Soins Ambulatoires) qui prend en charge les malades dit somatiques et l'UFPI (Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Intra carcérale) qui prend en charge les détenus souffrants de maladies psychiatriques et de troubles plus ou moins graves de la personnalité. Cette unité est rattachée à la fédération de psychiatrie dirigée par le Dr DEVIL et mise sous la responsabilité du Dr OLIVIER.

Ces 2 structures sont indépendantes géographiquement puisque l'UFPI se trouve au dessus de l'UCSA. A l'UFPI, nous sommes une équipe de 6,5 : un médecin psychiatre, une médiatrice culturelle, 2 infirmières, 1 infirmier, une psychologue et 1 autre psychologue à mi-temps qui vient s'occuper des jeunes et des mineurs. Nous sommes donc 6 ½ pour plus de 600 détenus. M. VAN HAMME travaille à l'UFPI depuis novembre 2000.

Chaque détenu est reçu en général dans les premiers jours de son incarcération, ce qui nous permet de nous présenter et aussi de les connaître sur le plan psychologique. Il est possible qu'une prise en charge soit décidée dès cet entretien que nous appelons " entretien de dépistage ". C'est aussi lors de cet entretien que nous pouvons percevoir chez certains une certaine fragilité qui pourrait peut être les conduire à commettre un geste suicidaire quand ceci ne nous a pas déjà été signalé par les magistrats, ou par les services pénitentiaires ou par nos collègues de l'UCSA.

Nous les voyons et nous indiquons à tous ce qu'ils peuvent attendre de notre unité et des différentes modalités de prise en charge en fonction de leur état psychique et ceci en dépit de leur parcours carcéral plus ou moins bien vécu.

Au niveau national, vous savez que le taux de suicide carcéral est 10 fois supérieur à celui de la population générale. L'incarcération entraîne une solitude, un isolement, un arrêt de la vie affective, une coupure avec le milieu familial et avec le monde extérieur. L'enfermement provoque un malaise et des changements internes violents, qui peuvent conduire une personne à vouloir mettre fin à ses jours.

En Guyane, alors que les détenus sont en majorité des étrangers dans des conditions économiques et sociales dramatiques, le taux de suicide est dérisoire.

Car, seulement 2 détenus se sont donnés la mort par pendaison depuis l'ouverture du centre pénitentiaire en 1998 et ils étaient tous deux français. Plus nombreux sont ceux qui ont tentés un geste suicidaire mais cela reste quand même très peu vu le nombre de détenus.

En trois ans, les tentatives de suicide prévalentes chez les détenus en Guyane sont la pendaison avec moins de 10 cas, la phlébotomie avec moins de 5 cas, l'immolation avec 2 cas, l'ingestion médicamenteuse avec 1 cas. Pour ce type de suicide, il est nécessaire de faire une réserve avant de passer à l'acte.

Ce n'est pas parce qu'il y a moins de tentatives de suicide au centre pénitentiaire de Guyane que les détenus n'ont pas l'idée de mettre fin à leurs jours. Il faut savoir que nous prenons toujours au sérieux un détenu qui parle de suicide. Un temps lui est toujours accordé en urgence et dans la langue maternelle avec ou sans l'aide d'un traducteur, ce qui nous permet d'être au plus près du sens de ses paroles.

Nous rencontrons aussi des grévistes de la faim mais ils ont plus ou moins arrêté leur tentative. Ils ne vont pas jusqu'au bout. Les causes de leur geste sont verbalisées au centre de difficultés et on observe fréquemment une inadéquation entre le geste et la cause par le détenu. On voit et on continuera à voir des gestes suicidaires que monsieur tout le monde pourrait qualifier de dérisoire comme la non venue d'un avocat pour préparer une défense ou une lettre familiale qui met trop de temps à arriver ou encore une lettre d'une épouse ou une amie qui a annoncé une rupture.

Le manque d'information concernant le parcours carcéral est générateur d'angoisse. En effet, les détenus sont très peu, voire pas informés du tout, de l'avancée de leur dossier judiciaire et cette absence d'information peut pousser certains à commettre l'irréparable. Pour d'autres, l'instruction est très lourde à supporter et le retour au centre pénitentiaire est très risqué.

Depuis que je suis à l'UFPI, il n'y a pas eu de suicide, mais, M. VAN HAMME lui a rencontré le dernier suicidé la veille de son geste fatal. Dans un premier temps, il aurait voulu que nous en parlions pour vous expliquer les raisons de ce geste. Mais, sachez simplement que l'administration pénitentiaire avait tout mis en place pour le sauver, et par respect pour la famille et pour la mémoire de ce jeune et la grande facilité avec laquelle vous comprendrez bien qu'il ne nous est pas possible de communiquer son histoire.

Nous avons donc décidé de vous présenter 2 autres cas d'une tentative de suicide tout en préservant l'anonymat nécessaire à ce type de communication. Sachez que l'incarcération oblige patience et impuissance. La première tentative concerne une femme meurtrière, le fait d'avoir tué impose une cours d'assise et la durée de la peine est bien plus importante qu'à la cours correctionnelle car en cas de meurtre, la peine maximum encouru est de 30 ans

Pendant la période qui précède le jugement, il existe normalement une alliance entre l'avocat et son client. Plus vous payez, plus vous avez un poids sur votre avocat.

Reconnaissez qu'avec leur condition ce n'est pas toujours chose facile. La majorité des détenus n'ont pas les moyens de payer un avocat et celui-ci est commis d'office par le bâtonnier du barreau de Cayenne.

Dans cet exemple, cette femme n'avait pas les moyens de payer son avocat. C'est une femme intelligente et capable de comprendre le fait que son avocat ne va pas beaucoup se déplacer. Cependant, cet avocat a commis une erreur, il lui a promis de venir la voir pour travailler sur son dossier en indiquant un jour et une date précise.

Nous, soignants, savons très bien qu'il ne faut pas faire de promesse à un détenu. Cependant, elle a supporté cette première absence, elle a réécrit à son avocat pour que celui-ci se déplace de nouveau. L'avocat lui a répondu le jour de sa prochaine visite prévue avec panache. Deuxième attente, pas de panache, deuxième déception. Sa troisième demande était étayée par un coup de téléphone de son conseiller d'insertion et de probation (donc son éducateur comme les détenus le nomment). Troisième date fixée, double panache, troisième attente déçue.

Deux mois se sont écoulés, deux mois de moins pour préparer sa défense, 30 ans d'incarcération sont toujours sur la balance et le jugement se rapproche en courant. Il est difficile d'imaginer de vivre sans téléphone et sans aucune possibilité de se déplacer. 4^{ème} date promise pauvre panache, 4^{ème} attente déçue.

Depuis quelques semaines, elle préparait son évasion dans l'au-delà. Il n'a pas fallu attendre une 5^{ème} date pour informer de son geste. L'avocat est venu le surlendemain donc le problème a été réglé. Je crois que si elle s'était vraiment donnée la mort, je crois qu'elle aurait réussi son coup.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, les détenus n'aiment pas l'injustice. Ils s'entendent correctement avec les surveillants, parlent ensemble. Certains se rapprochent sans familiarité, certains surveillants comprennent les situations critiques de certains détenus, parfois ils en rient ensemble.

Prenons un autre exemple : un groupe de détenus riaient avec un surveillant et chacun reprit sa place au moment de la fermeture de la cellule. Le lendemain, un détenu est placé en quartier disciplinaire au prétexte qu'il aurait eu des paroles déplacées. Il est beau, grand, noir, fort mais il ne comprend toujours pas pourquoi il est en chambre d'isolement : " on était plusieurs, c'est dégueulasse, pourquoi moi ? " Malgré ses interrogations, il sera placé 15 jours en quartier disciplinaire.

Le samedi et le dimanche, je suis de permanence, je le vois, il va mieux. Plus de 12 jours et il continue de penser qu'il est victime d'une injustice. Une relation s'est établie, donc on lui demande de promettre de ne pas passer à l'acte. Quand même c'est le week-end, donc beaucoup de parler, on a joué sur son côté spirituel aussi. Enfin, le lundi matin il est toujours vivant mais dans la matinée, il embrase son matelas. Les surveillants l'arrêtent, il arrive à marcher jusqu'à l'infirmerie, la peau noire de ses cuisses, de son torse, de ses mains, de ses bras, son visage glisse par terre pour laisser une flaque d'eau tout autour. Transfusé, il sera quand même hospitalisé et aujourd'hui ses jours ne sont plus en danger.

C'est ici le cas d'un des immolés. Pour le second, le geste a pu être anticipé : il a tout de suite été placé avec un suivi strict et journalier. Nous sommes là pour leur permettre aussi de comprendre leur vie et l'acte surtout qui les a amenés en prison.

Le suicide est l'expression d'une souffrance, le suicide est aussi l'impossibilité de dire, de parler. Et vous le savez que le langage est capital pour tous, quelle que soit notre condition de femme ou d'homme avant tout.

DEBAT

M. MONTOUTE

Journaliste, Antenne Créole Guyane (ACG)

Ne faudrait-il pas plus prendre en compte le fait culturel, dans la prise en charge de suicide et de tentatives de suicide? C'est-à-dire, comme nous l'a dit le Dr de NORONHA, on a beaucoup parlé de médecins, de psychiatres, de travailleurs sociaux. Mais ne faudrait-il pas prendre en compte les à côtés culturels.

Considérez par exemple le cas de la communauté haïtienne en y intégrant le ougan, le prêtre, la mambo. Dans le cas des Amérindiens les Pajés, le chaman et aussi l'obiaman dans le cas de la communauté bushinengue. Ne faudrait t-il pas plus intégrer ces personnes là dans la prise en charge de la tentative de suicide ?

Autre question pour la prise en charge de la famille qui reste après le décès par suicide, aspect qui n'a pas été abordé. Que pensent-ils d'une telle prise en charge ?

Dr Marcos DE NORONHA

Chez le Guaranis : le yandé est le chaman qui fait la prise en charge des gens qui ont essayé de se suicider. La prise en charge n'est pas un travail avec le jeune, c'est avec toute la famille et c'est une séance mystique.

Pour les gens qui habitent dans la réserve, quand une personne se tue, les funérailles se font différemment. On ne touche pas à la personne qui s'est tuée puisqu'il a une sorcellerie dessous. La prise en charge des personnes décédées est différente.

Chez les policiers, nous n'avons pas beaucoup de ressources pour travailler c'est-à-dire les gens suicidaires n'ont pas de place dans un hôpital psychiatrique. Alors, on est obligé de s'occuper des patients dans les séances de thérapies communautaires. Et on crée d'autres séances préventives dans la semaine pour s'occuper de la famille.

Dr DE SOUZA LOBO GARCIA

En ce qui concerne les familles, la situation est identique vu que nous travaillons la plupart de temps avec des familles qui ne sont pas complètes ou qui sont recomposées. Un conflit familial est pu être à l'origine de ce suicide. On continue de travailler avec la famille si celle-ci se présente, si elle accepte. Mais cette prise en charge est prévue comme je l'ai dit précédemment. Le dossier est ouvert jusqu'à 18 ans pour le jeune et sa famille qui peut être présenté par n'importe quel proche.

DEBAT

(suite)

Dr DE NORONHA

Il y a des travaux qui montrent des familles qui ont perdu des membres très importants. L'incidence du suicide est plus grande. Il y a des travaux qui montrent aussi (chez les Amérindiens où les parents ont été en prison où parce qu'il y a eu des changements quand une femme laisse son mari ou le mari laisse la femme) le changement chez les parents. C'est une question complexe, il faut accueillir quelqu'un qui a perdu des membres de sa famille pour plusieurs raisons.

Dr Geneviève SIMART

Question à M. DE SOUZA LOBO GARCIA à propos des travaux que vous avez mis en place. J'allais dire presque une " recherche action " puisqu'on en est là. A quelle période cela a commencé et est-ce que vous avez quelques informations sur cela ?

Dr DE SOUZA LOBO GARCIA

On n'a pas de piste par rapport à ce qui se fait à Saõ Paulo. On vient de commencer, il y a quelques expériences isolées, on a des pistes et le DR BERTOLOTE pourra donner plus d'informations sur ce qui se passe dans plusieurs villes du monde où ce même travail est en train d'être mis en place.

Toutefois, je ferais deux observations sur la prise en charge des suicidaires. Un des plus grands problèmes, du point de vue clinique, est de ne pas se laisser contaminer par le pessimisme de ces patients. Il est très difficile pour le professionnel de ne pas se laisser faire, de ne pas se noyer ensemble.

Ce pessimisme peut nous mener à penser qu'il n'y a rien à faire, que la situation est désespérée. Cependant, il faut se dire qu'il y a toujours des choses à faire.

Une histoire qu'un psychiatre m'a raconté, peut illustrer cela : il parlait avec une dame qui avait de fortes idées suicidaires et qui avait essayé plus d'une fois. Elle lui disait "il n'y a rien à faire, mon grand-père s'est suicidé, mon oncle s'est suicidé, moi j'ai déjà essayé. Je suis sur le point d'essayer à nouveau. Je crois que je n'avais pas réussi avant parce que j'ai deux enfants, une fille et un garçon mais maintenant il n'y a rien que vous pouvez faire pour m'en empêcher ". Alors, le psychiatre lui demande abruptement "Madame, j'ai bien compris, mais pour vos enfants lequel des deux va se suicider alors ? Comment va continuer cette malédiction familiale que vous me racontez ? Il vaut mieux me le dire tout de suite afin que nous fassions de la prévention".

DEBAT

(suite)

Il lui rend la question et lui lance un défi : "Mais madame, vous pouvez changer cette histoire. Il est dans vos mains de changer cette malédiction familiale, vous pouvez le faire maintenant et transmettre ce message à vos fils qu'il y a quelqu'un qui a pu échapper à cela. Par contre, si vous succombez, quel message allez-vous transmettre à vos fils ?" C'est une situation que je trouve très intéressante parce qu'il est difficile de sortir de ce genre de dialogue, mais il faut savoir en sortir.

Madame a dit qu'il ne faut pas faire de promesses à des incarcérés. Je crois qu'il y a un rapport avec les suicidaires, quelque chose de différent. Il ne faut jamais faire de promesses impossibles, mais je crois qu'on a le devoir de leur faire des promesses sinon que peuvent-ils attendre de nous ?

Tout notre travail est une promesse implicite, qu'une vie meilleure avec une santé meilleure est possible. Mais il ne faut jamais faire de promesse impossible, parce que les gens réagissent très négativement aux promesses non tenues. Je ne sais pas pour les incarcérés, pour les suicidaires sans doute.

M. François RESKI

Enseignant

Une observation et une question. 1^{ère} observation : je pense aux travaux de Marie CHOQUET, observateur à l'INSERM, qui a montré par exemple que lorsque l'adulte a eu une enfance extrêmement douloureuse, il a un rapport au risque extrêmement ambivalent et on retrouve par exemple un nombre assez important d'accidentés du travail.

Quand on fait une approche diachronique de son histoire, on se rend compte que la personne a souvent éprouvé des difficultés relationnelles dans son enfance. C'est une observation pour montrer que le poids de l'enfance peut être extrêmement déterminant.

En tant qu'enseignant, je me pose la question de savoir comment expliquer à des jeunes que le risque, la culture du risque est une nécessité parce que cela participe à sa structuration psychique. Et comment en même temps lui apprendre que ce risque peut avoir des conséquences fatales s'il ne prend pas garde (autrement dit je pense ici au tirage).

Je ne sais pas si tout le monde connaît ici le tirage: ce sont des pratiques avec des engins que l'on pousse au maximum. Les jeunes prennent des risques qui peuvent être extrêmement dangereux et parfois qui peut donner lieu à des conséquences irréversibles.

DEBAT

(suite)

La question que je me pose est la suivante : comment, en tant que pédagogue, puis-je transmettre une prévention primaire qui fait que le jeune ne met pas en cause sa vie tout en maintenant cette culture du risque qui participe à sa structuration psychique ? Autrement dit, il y a un double positionnement à avoir : d'une part de la prophylaxie et d'autre part de l'accompagner dans cette culture du risque.

Et enfin, une 3^{ème} question : on a parlé tout à l'heure de la prise en charge. J'ai été surpris de ne pas entendre les médecins généralistes dans cette prévention, dans cette prise en charge. Mes propos ne sont pas vindicatifs, mais il y a fait une enquête remarquable sur la consultation et le volume de consultation en médecine ambulatoire.

On s'est rendu compte que 20 % des consultations sont liées à des causes psychoaffectives, c'est-à-dire que les patients viennent voir les généralistes, pour des troubles moraux, pour des douleurs psychoaffectives, etc. Quelles sont les démarches préventives que le généraliste peut mener ? Est-ce qu'il y a là aussi une approche pluridisciplinaire ? Ici, on connaît le CNP qui est la structure pivot de prise en charge des troubles mentaux. Mais quelles sont les liaisons menées entre le milieu hospitalier et la médecine ambulatoire dans le cadre de la prévention des troubles mentaux et plus particulièrement des tentatives de suicide ou des suicides où on arrive malheureusement trop tard ?

Autre intervenant

N'y a-t'il pas un risque d'une psychiatrisation trop importante des troubles mentaux dont on sait que l'origine est sociale, culturelle, familiale ? Et, n'est-il pas dangereux que d'y apporter une réponse psychiatrique ? Ceci pour reprendre à une formule de " Genmaisondeu " qui dit qu'il y a une psychiatrisation de la misère sociale. Faut-il simplement donner une approche psychiatrique et ne faut-il pas développer d'autres volets qui permettraient d'avoir une approche plus globale et moins médicale ?

Dr Cécile MAROTTE

Concernant le travail en réseau, je pense qu'il est essentiel de ne pas seulement psychiatriser mais de pouvoir comprendre que l'histoire migratoire des personnes peut constituer un facteur qui les place en grande souffrance à un certain moment de leur vie, sans que cette situation soit nécessairement synonyme de troubles de santé mentale, de maladie mentale. Bien entendu, comme cela peut aussi permettre de dévoiler des problèmes de santé mentale antécédents aux séquences traumatiques et l'exil, qui n'avaient pas été décelées avant. Mais l'approche de l'histoire migratoire et le travail en réseau permettent de comprendre le problème avec plus d'ampleur, sans minimiser l'apport psychiatrique mais sans tout réduire non plus à cela.

DEBAT

(suite)

Dr Geneviève SIMART

Le rôle des psychiatres est souvent de dé-psychiatriser la demande de la société, de psychiatriser des problèmes sociaux. L'angoisse des familles est souvent d'amener des enfants vers le spécialiste (au cas où) et le spécialiste est souvent là pour replacer les choses dans le contexte approprié, permettre aux parents de se réapproprier leur capacité à gérer l'éducation de leurs enfants et de renvoyer chez les services sociaux quand il s'agit d'un problème social.

M. Jean-Maurice MONTOUTE

J'avais une question à Mme MAROTTE sur les tentatives de suicide chez les Haïtiens. Nous sommes confrontés en Guyane à un nombre important de tentatives de suicide de jeunes Haïtiennes mais avec peut être une particularité qui se rajoute dans notre département. Nous observons des tentatives de suicide de jeunes Haïtiennes qui ont été éloignées longtemps de leur mère.

La mère est venue en Guyane, elles ont donc été élevées par la famille en Haïti. A l'adolescence, il y a une arrivée plus souvent clandestine d'ailleurs, jamais officielle de ces jeunes filles en Guyane. Elles sont préparées à un rêve complètement fou, celui qu'en Guyane elles vont pouvoir accéder à l'école, à tout ce qu'elles n'ont pas et le choc de ce que la mère a vécue en Guyane et de ce qu'elle a imaginé est tel que l'on arrive à une tentative de suicide.

Dr Cécile MAROTTE

On rencontre, au Canada, un tableau symptomatique similaire mais formellement différent ; similaire dans le sens où la séparation familiale est de plus en plus longue de par les formalités de la loi d'immigration et du fait qu'en conséquence, quand elle finit par survenir la réunification familiale pose des problèmes.

Si la mère est arrivée d'abord et qu'elle a attendu de finaliser le règlement de ses problèmes juridiques, elle fait ensuite venir sa grande fille ou ses grandes filles. Il peut y avoir eu entre 5 et 8 ans de séparation entre elles et pendant ce temps-là, elle ne sait pas toujours, puisqu'elle n'est pas retournée au pays, ce qui s'est réellement passé là bas. Elle a laissé une enfant à sa grand-mère, à un oncle ou à une cousine et il a pu se passer des choses que la famille ne peut pas lui dire, que l'enfant ne peut pas non plus dire à sa mère.

Quand l'enfant arrive enfin, elle n'est d'abord plus tout à fait une enfant, et elle a à porter le poids des attentes et des sacrifices de sa mère à son égard. Ce poids et le décalage qui en découlent peuvent être parfois tellement lourds que ces deux personnes deviennent incapables de communiquer avec dans le même temps, le partage d'un rêve affectif et émotionnel qui demeure immense et qui devient souvent utopique. Parfois, la jeune peut arriver dans une famille recomposée où le nouveau conjoint de la mère soit n'accepte pas l'arrivée de la jeune fille, soit la traite comme une partenaire sexuelle potentielle. Donc, la jeune fille n'arrive pas toujours dans un climat familial épanouissant.

Dr Marcos DE NORONHA

L'histoire du suicide nous indique que jusqu'à ce que le médecin se soit intéressé à ce sujet, personne n'a jamais pensé à la prévention. On peut considérer le suicide comme une question sociale, économique, philosophique, religieuse, etc.... Le sociologue, l'économiste, le psychologue n'ont jamais parlé de prévention. La prévention du suicide est donc essentiellement une question de santé. Et dans le domaine de la santé, je n'ai jamais réussi à implanter un programme de prévention du suicide même par le biais de la santé mentale.

Le suicide tue plus que toutes les guerres que tous les accidents. Cependant, ce fléau est négligé et seul le psychiatre s'y intéresse. Il faut élargir le champ des connaissances, le champ d'actions. En revanche, on constate que la santé mentale et en particulier la psychiatrie, ne fait pas l'objet de prévention.

Robert KHOR qui a identifié le bacille de la tuberculose (médecin pneumologue) disait que la tuberculose est une maladie sociale. Par contre, toutes les mesures de diagnostic sont médicales. Je n'ai jamais entendu un économiste, un président, un ministre dire : "je vais éliminer la tuberculose". C'est une question de responsabilité. Je crois que les médecins et les psychiatres sont trop masochistes. C'est une mission de se débarrasser de ce phénomène.

Dr Cécile MAROTTE

Quand vous dites que le suicide tue davantage que les guerres et les accidents de la route, avez-vous inclus les génocides dans les guerres ?

Dr Marcos DE NORONHA

Quand on dit guerre, on calcule les victimes de guerre. Il y a un code pour le génocide. Il y a décès pour cause d'accidents extérieurs, des tirs de balles que ce soit une lutte loyale ou non. Tous les gens décédés dans les guerres (par exemple la guerre des BALKANS où il y avait des génocides), sont catalogués comme victimes de guerre. Le suicide tue deux fois plus que cela.

ANIMATEUR

M. Lucien PREVOT

*1^{er} Vice-Président du Conseil d'Administration de l'Observatoire Régional de la Santé
de Guyane (ORSG) - Conseiller Général*

SYNTHESE DE CHAQUE TABLE RONDE

SYNTHÈSE DE LA 1^{ère} TABLE RONDE

M. Lucien PREVOT

1^{er} Vice-Président du Conseil d'Administration de l'ORSG

Le sujet, qui au départ avait semblé pour certains d'entre nous rébarbatif, s'est transformé en une envie de savoir, de comparer ce qui se passe dans les régions limitrophes, c'est-à-dire le Brésil, le Surinam et surtout ce qui se passe dans notre propre pays.

Après avoir entendu Mme WYNGAARDE et M. APOUYOU, nous sommes mis en demeure de constater que le problème du suicide existe chez nous.

Certes, le phénomène demeure inconnu du grand public, mais il méritait que l'on s'y arrête un peu.

Nous allons successivement entendre la synthèse :

- de la première table ronde par Mme MAZY, Présidente du CODES,
- la seconde par le Dr. Renée LONY, Médecin-conseil au Rectorat
- la troisième table ronde Mme FRANCIUS qui est Inspecteur d'académie
- Le professeur Jean-Pierre SOUBRIER fera une petite synthèse au nom de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Mme Marie-Thérèse MAZY

Présidente du Comité Départemental d'Education à la Santé (CODES)

Table ronde sur le thème "Représentation du suicide dans chaque communauté" avec le Dr. Benoît COTRELLE, M. Michel VALIER.

Hier, le Dr. DE SOUZA LOBO GARCIA a fait un exposé sur le suicide au Brésil. Il est vrai comme il le dit qu'il n'y a pas eu de recherches poussées sur ce sujet. Mais, il existe des chiffres et de petites enquêtes qui permettent de faire un état des lieux dans ce pays proche du nôtre.

Le suicide, dans les grands centres urbains au Brésil, n'est pas quantifié en tant que tel. On ne parle pas de suicide proprement dit et on classe tous les décès dans les causes non définies dans une catégorie de mort par accident. Pourtant le suicide existe dans ce pays, étiqueté. Les amalgames sont nombreux entre suicides et homicides.

Le Dr. DE SOUZA LOBO GARCIA pense qu'un grand nombre de suicides non identifiés se trouvent classés dans cette catégorie. Les décès par intoxication ne sont pas quantifiables à cause de la lenteur des examens. La mortalité des jeunes à partir des années 60, au Brésil, a pris une grande extension par rapport à la conjoncture. Il nous a également parlé plus particulièrement des personnes qui immigreront en Guyane.

En général, ces personnes viennent du Nord du Brésil, de Macapa. Si nous notons dans les chiffres que nous constatons en Guyane, des morts par suicide des personnes venant du Brésil, on pense qu'il s'agirait de personnes déséquilibrées. Déséquilibre dû au déracinement économique ou politique, en rapport également aux conditions de vie et aux problèmes affectifs.

Cependant, on sait qu'au Brésil il y a 35 % de femmes de 45 ans et plus qui meurent de cette façon et 65 % de personnes âgées de 5 à 44 ans qui meurent aussi de cette façon.

Dans la région Nord du Brésil, on peut noter 82 % de personnes mourant de cette manière puisque qu'il n'y a pas de recherche sur ce point. Ce que l'on sait, c'est qu'il y a beaucoup plus de femmes âgées qui se suicident que de femmes jeunes. On sait également que dans une grande ville (comme Rio de Janeiro), les chiffres sont très bas car les suicides ne sont pas répertoriés en tant que tel. Voilà pour ce qui est du suicide dans les grands centres urbains du Brésil.

Le Dr MAROTTE nous a longuement parlé de ce qu'elle a pu noter lors de son séjour en Haïti et par son expérience professionnelle par rapport au suicide dans cette communauté. Cette culture ne fonctionne pas avec l'esprit d'une mort volontaire de la part d'un individu mais la mort est toujours une conséquence d'un état d'aliénation mentale provoquée par un acte de sorcellerie. En matière de Santé Publique, la question de mort par suicide n'existe pas puisque cette culture s'articule autour du culte des morts, qui représente un aspect fondamental de leur religion (le vaudou). Cette religion favorise le culte des morts ; qui veut bien dire le culte des ancêtres avec lesquelles on garde un lien permanent après le décès.

Cet esprit attiré pour chaque famille exige obéissance, offrandes et sacrifices ce qui fait que le suicide ne peut être compris dans cette communauté comme dans la perspective de la société moderne. Il apparaît extrêmement rarement dans le contexte haïtien. Les décès particuliers en Haïti sont rapportés à des actes de vengeance symbolique d'esprit d'une famille sur une autre. Cet état de chose rend difficile des recherches et des statistiques dans un pays où tout est difficile et où l'urgence en matière de santé n'existe pas.

La question d'acte suicidaire n'est jamais posée car ce serait interrompre le cours d'une existence organisée par les ancêtres. C'est braver le sort et donc c'est d'être devenu fou, c'est d'être l'objet d'une malédiction, d'une vengeance et en aucun cas il ne peut s'agir d'un acte isolé et individuel mais de toutes façons d'un acte rapporté à inscrire dans le contexte de la sorcellerie. La situation change quand les Haïtiens émigrent pour causes économiques et politiques, quand ils fuient le pays par bateau ou autrement.

Le migrant qui avait déjà besoin de faire le deuil de sa relation avec l'ancêtre avec son pays d'origine (qui est l'Afrique) doit encore faire le deuil de son pays (Haïti) pour se retrouver dans un autre contexte qui n'est pas le sien et qui va de toutes les façons le déconnecter avec le défunt de sa famille. Ainsi déconnecté, il ouvre la porte à toutes sortes de manifestations, de souffrances qui accompagnent ce déracinement.

D'autant plus que les Haïtiens viennent d'un autre pays où la souffrance est présente sous toutes ses formes. On peut dire que 80 % de la population souffre, c'est un état endémique. Pourtant tout ce que l'on peut vivre, on va chercher à le vivre malgré tout. Tel est l'état d'esprit de l'Haïtien et c'est ce qu'en fait nous avons compris dans ce que nous transcrivons. Et en quelque sorte, ce que je viens de dire, nous pourrions le traduire en quelques phrases "tant qu'il y a vie il y a espoir". Chez l'Haïtien, on ne baisse pas les bras malgré la souffrance.

Ensuite une réflexion nous a été présentée par Dr SOUBRIER sur le "Suicide en France métropolitaine". Il s'est présenté sous l'étiquette de chercheur et en tant que tel, il nous a soumis son point de vue. Il nous a parlé du suicide dans ces termes : sur quel registre inscrire cet état de fait, celui de la délinquance, de la violence ou sur un autre registre ? Que pense le citoyen français du suicide, une sous-estimation de l'individu, la souffrance des personnes ou autre chose ? Que pense le politique de cet état de fait ? Pour le politique, le suicide n'est pas une priorité. Les responsables de l'Education n'en parlent pas. Les remarques, pour le chercheur, sont issues du rapport parlementaire de Christine BOUTIN sur "l'isolement social" qui parle du suicide comme d'une violence ultime de l'isolement social.

Cette situation est quand même préoccupante car dans cette société française, beaucoup de conditions favorisent cet état de chose. On trouve beaucoup de suicidaires chez les inactifs, les malades, les chômeurs, les personnes qui manquent d'affection ou qui ont un environnement affectif perturbé. Il nous a fait remarquer pourtant que le chiffre était moins élevé chez les hommes mariés que chez les femmes mariées en situation de chômage ou d'inactivité et plus élevé chez les veuves.

Il conviendrait de rencontrer les services sociaux pour connaître les besoins afin de renforcer les moyens de prévention car sans statistiques assez pertinentes, on ne pourra peut-être pas trouver les moyens de prévention vraiment adaptés à tous les problèmes qui se présentent : problèmes de violences familiales (95 % de violences sexuelles dans les familles, 33 % de violences diverses, etc.). Ne voudrait-il pas, nous dit-il, prévenir les violences afin de prévenir les suicides ? Si les constats de "DUREM" restent valables la question suivante d'ALBRECHT "Ne serait-il pas préférable d'étudier les zones de civilisation au lieu d'étudier les zones géographiques ? " apparaît très pertinente.

Nous poursuivons le petit résumé des autres communautés qui nous ont parlé du suicide dans leur contexte respectif. Mme Brigitte WYNGAARDE nous a maintenu en haleine en nous exposant la situation chez les Amérindiens de la Guyane. Elle a rapporté des informations recueillies auprès de deux jeunes filles avec lesquelles elle s'est entretenue sur le suicide. Ces deux jeunes filles sont issues du groupe Wayanas du Haut Maroni et elles ont parlé de suicide dont elles ont connu l'existence (puisqu'il s'agissait de personnes très proches de leur entourage). On parle de 20 cas de suicide de 11 ans jusqu'à 55 ans et de 25 tentatives de suicide.

Mme WYNGAARDE a pris la précaution de nous dire qu'aucune étude n'avait été faite à ce sujet et que tous les chiffres qu'elle détenait lui provenaient de ce récit qu'elle avait eu avec ces deux gamines. Cette proportion est énorme et crée une divergence dans le village à cause de l'incompréhension du geste.

Il s'agit d'autant de femmes que d'hommes se donnant principalement la mort par pendaison, chose curieuse. Les motifs, c'est elle qui nous le dit, sont assez dérisoires. Mais il existe aussi des motifs sentimentaux. Le suicide au sein de cette communauté ne semble pas grave du tout. On parle plutôt de fatalité qu'il faut subir. Pour les communautés du littoral, il faut compter une dizaine de suicides ces dernières années. Problèmes de déculturation, perte de confiance en soi par l'arrivée de revenus nouveaux tels que le RMI et les allocations familiales, favorisant l'assistanat.

Il existe des cas isolés et de très rares cas de tentatives de suicide, dans la communauté Kalina à Awala, Iracoubo. A Kourou, les cas semblent plus nombreux. L'irrationnel étant omniprésent, la mort est toujours considérée comme provoquée par une cause extérieure. Il faut également tenir compte du contexte social et historique des Amérindiens. C'est l'intrusion et l'implantation coloniale, c'est la mise en place d'économie de plantation sans avoir le souci d'y intégrer les Amérindiens, qui leur a donné ce sentiment d'exclusion. C'est la cause profonde et réelle du pessimisme qui les caractérise.

Il faudrait peut-être mettre en cause la reproduction des suicides dans les communautés Amérindiennes afin de traiter le problème sans jamais le désolidariser de son environnement communautaire, comme nous le dit Mme WYNGAARDE.

Le suicide chez les Bushinengué, selon M. Bruno APOUYOU, est mal vu. Il en existe plusieurs formes, dépendant de causes différentes : le type amoureux, le type déshonneur et le type vengeance. Les procédés utilisés sont nombreux : prise de médicaments, armes à feu et autres. Il pourrait être secondaire à de la sorcellerie, de l'envoûtement ... Le suicide est un acte qui est mal vu dans cette communauté et le suicidé devient un être malfaisant qui est méchant, qui a raté quelque chose et qui mérite d'être exclu de cette société. C'est un acte répréhensible quelle qu'en soit la raison. La forte pratique religieuse ancrée dans l'approche animiste, fait que tous les actes positifs ou négatifs de la vie d'un individu passent par cette pratique religieuse.

D'ailleurs, les proches d'un suicidé n'auront pas à porter le deuil de 12 mois comme pour une mort naturelle et sera mise en quarantaine. Le suicide est puni sévèrement par le grand Man. Il punit celui qui a fait une tentative de suicide par des tâches dans le village pendant six mois et le don des récoltes, le don d'huile, etc... La prévention se fait par l'information des jeunes enfants depuis leur jeune âge. On leur explique ce qu'ils encourent si jamais il leur venait à l'idée de se suicider et ce qu'encourent leur famille sur plusieurs générations.

La tentative de suicide chez les Créoles qui nous a été présentée par Mme GRANDBOIS a retenu aussi notre attention. Il est difficile d'étudier la tentative de suicide et le suicide de manière simultanée. C'est un appel au secours face à une situation de souffrance. Il arrive que la volonté de mourir soit réelle et le passage à l'acte à ce moment est immédiat et réussit parce qu'on a pris la décision. Cela concerne aussi bien la communauté créole en Guyane que les autres communautés.

Le 3^{ème} cas de personnes pensant au suicide sont celles ayant une affection psychiatrique plus ou moins prononcée. Les moyens utilisés sont les suivants : médicaments seuls, médicaments plus alcool, produits ménagers ou alors on se coupe les veines... Comme je le disais, les causes sont multiples et surtout basées sur un problème psychologique, social, économique, biologique et même génétique.

La famille est la cause principale par rupture dans l'affectif. On peut citer l'utilisation d'une arme à feu pour un homme et une intoxication médicamenteuse pour une femme. Ce qui explique qu'il y a beaucoup plus de suicidés masculins que féminins, parce que lorsque le suicidé a décidé de passer à l'acte et qu'il utilise une arme il est très rare qu'il se rate.

Il est fréquent que les personnes qui ont tentés de se suicider et qui n'ont pas réussi soient hospitalisées dans un Service de psychiatrie et qu'au moment de la discussion et du débat avec le psychologue ou le médecin, elles reconnaissent leur détresse et justifient leur geste par le souhait de dormir pour oublier et marquer une pause afin de finir avec ce problème plutôt que d'une véritable intention de se tuer. Quand il s'agit d'un suicidé, l'entourage familial sollicité se montre souvent spontané dans la prise en charge du suicidant.

Dans la communauté créole, il y a beaucoup de non-dit, beaucoup de tabous au sujet du suicide. Il y a certaine honte qui s'installe dans cette famille. Les Créoles sont de religion judéo-chrétienne et n'ont donc pas le droit de se donner la mort. Le fait de se donner la mort implique l'inexistence de cérémonie mortuaire religieuse, alors les familles préfèrent cacher la cause du décès. Parfois, bien qu'étant catholiques, les familles font appel à d'autres croyances telle que la magie afin de connaître la raison pour laquelle ce geste a été accompli.

En conclusion de cette table ronde, il ressort que la perception du suicide diffère d'une communauté à l'autre. Les Créoles sont peut-être ceux chez lesquels le taux est le plus lourd. Les causes de la mort sont détournés : accident, maladie, pour des raisons sociales et religieuses qui pourtant n'ont plus cours aujourd'hui. Les Haïtiens et les Bushinengue accordent une très grande importance à la foi et aux croyances. Le suicide est toujours le résultat du travail des esprits.

En Guyane, quelle est l'influence réelle de l'immigration ? Manque de repères, culture voisine mais différente, se sentir étranger ? On se pose la question. A noter que les Bushinengue n'acceptent pas que l'on puisse attenter à sa propre vie, la tentative de suicide est punie pour tuer dans l'œuf toute envie de récidive.

Faut-il considérer cela comme une forme de prévention ? Quant au suicide par vengeance, il laisse perplexe. Au Brésil, le suicide semble intimement lié aux conditions de vie ; une très grande précarité et la lutte quotidienne pour la vie laisse peu de place à l'état de l'âme.

Enfin, chez les Amérindiens, les comportements face au suicide diffèrent en fonction de l'ethnie avec un impact plus important chez les indiens de l'intérieur, en particulier à cause de l'isolement. Les témoignages mis en lumière par Brigitte WYNGAARDE sont effarants. Serions-nous passé sans le savoir à côté d'un drame humain ? Nul doute qu'on doit se pencher sérieusement sur le problème avec des études chiffrées, études sociologiques. Il s'agit sans doute là des fondements d'une prévention véritablement efficace. Nous nous posons la question de savoir pour chacune de ses communautés comment nous pourrions et comment nous allons procéder pour arriver à une prévention adaptée à chacune d'elle.

SYNTHÈSE DE LA 2^{ème} TABLE RONDE

Dr. Renée LONY

Médecin conseil - Rectorat de la Guyane

Synthèse réalisée avec l'aide de M. Thibault LOUST (Directeur de la PJJ), Mme Tchisséka LOBELT (rédactrice en chef au Conseil Général). Les différentes présentations qui nous ont été proposées dans le cadre de ce colloque, laissent apparaître une grande homogénéité dans les systèmes de prévention, notamment à Saõ Paulo où les choses sont en construction, à Montréal où les systèmes sont beaucoup plus structurés, au Surinam où tout reste encore à faire et en Guyane où une réflexion, un questionnement sont en cours. Mais il faut que les différents acteurs de terrain arrivent à travailler ensemble.

J'ai retenu un certain nombre d'idées fortes, communes aux différentes interventions, pour une meilleure prévention pour mieux connaître leur culture, leur histoire et leur trajectoire. Il faudrait informer les consultants sur la législation du pays d'accueil pour favoriser l'intégration de ses personnes. Puisque très souvent, certaines personnes en situation irrégulière, n'osent pas s'adresser aux structures de prévention et de soins. Donc, ils ont des difficultés d'accès aux différentes structures.

Le volet "information initiale" est beaucoup ressorti. Il a été noté la sensibilisation du grand public qui est à faire, la mise en place de formations pluridisciplinaires et inter institutionnelles associant aussi bien les professionnels de santé, médecins, infirmières, assistantes sociales mais aussi à l'Education nationale, professeurs, CPE, surveillants, PJJ, DASS et autres administrations avec comme objectif "que faire de la parole reçue" est la formation recommandée à l'IUFM. Un premier module de formation a déjà été initié par un binôme.

Trois modules ont déjà eu lieu et cela doit encore se poursuivre sur un certain nombre d'années, sachant qu'un deuxième binôme est en cours de formation. Ensuite, favoriser l'écoute et la parole au sein de la famille, au sein des structures d'écoute dans le système scolaire, en fonction du contexte et à la demande de l'écoute, centres d'écoute pour les personnes en détresse, lignes téléphoniques. Mais, ces projets doivent être réfléchis, élaborés avec précision afin que les objectifs visés soient atteints.

Les différents intervenants ont noté l'augmentation du nombre de suicides de la tranche d'âge de 14-25 ans, donc des actions sont à mener à ce niveau. Il est ressorti qu'il fallait diminuer l'accès aux moyens les plus légaux, sachant qu'on ne pourra jamais supprimer la corde pour se pendre par exemple.

Il existe déjà des législations qui sont en vigueur notamment sur les armes, les pesticides mais peut être faut-il encore y revenir. Identifier les facteurs de risque sur lesquels on peut agir notamment l'alcoolisme, la toxicomanie, la violence sous toutes ses formes, en insistant sur les violences sexuelles des filles. Egalement travailler sur la diminution des TS, travailler sur le stress puisque nous sommes dans une société où il est de plus en plus présent.

Il en est ressorti de s'inspirer des modèles qui existent déjà et qui ont fait leur preuve au lieu de recommencer des actions aléatoires. Il est aussi nécessaire d'utiliser des outils validés donc de se documenter avant de mettre en œuvre un programme d'actions.

Pour terminer, je souligne la nécessité de travailler en réseau puisque c'est une urgence capitale. Sachant que la prévention du suicide n'est pas que l'affaire des professionnels de santé. Elle implique tous les acteurs de la société au sens large : associations, enseignants, familles, institutions. Egalement, mettre en place une recherche action à partir des données épidémiologiques, des protocoles d'accueil pour élaborer une coordination centralisatrice, et sensibiliser et intéresser les décideurs et les politiques locaux à la mise en place de programmes régionaux de santé.

SYNTHÈSE DE LA 3^{ème} TABLE RONDE

Mme Sonia FRANCIUS

Inspectrice d'Académie - Rectorat de la Guyane

Je suis chargée de faire la synthèse sur la prise en charge du suicide, à Saõ Paulo, dans les communautés indigènes, au Québec dans la communauté haïtienne, au Surinam et chez nous au centre pénitentiaire.

Cette table ronde a été animée par M. Jean-Maurice MONTOUTE avec comme rapporteurs Messieurs Rocco CARLISI, Gilles HORTH et moi-même. Nous avons tenté de rester fidèles à tout ce qui a été dit.

Deux approches nous ont été présentées pour le Brésil par le Dr DE SOUZA LOBO GARCIA d'une part et d'autre part par le Dr NORONHA. Il s'avère qu'à Saõ Paulo, les professionnels de la santé sont partis d'un constat, la prise en charge des suicidants n'était pas assurée, les suicidants fuyaient les services de santé. Ils ne souhaitaient pas parler de cet acte de suicide qu'ils cherchaient à minimiser, à effacer, tandis que les services de santé laissaient s'enfuir les suicidants même de façon inconsciente car conscients de ne pas avoir une formation suffisante pour traiter ce type de problème.

Alors, il fallait bien qu'ils se rencontrent, et c'est pourquoi les professionnels de santé ont mis en place des objectifs. Le premier objectif était d'améliorer la formation des personnels de santé, le deuxième d'assurer avec rigueur le dépistage et le suivi des suicidants du service des urgences vers une prise en charge, s'il le faut spécialisée en mettant en place un suivi opiniâtre par un professionnel bien identifié qui ne lâche pas le suicidant à la limite contre son gré et contre lui-même : "il faut qu'il s'en sorte et qu'il ne recommence pas".

Ils ont mis en place une stratégie avec un dispositif, une centrale de contrôle qui est chargée de réceptionner les signalements, de contrôler le calendrier de suivi, de recueillir les rapports d'activité et toutes les informations nécessaires pour suivre avec rigueur et vigilance les suicidants.

Parallèlement, ils mènent une enquête sur le profil des tentatives de suicide avec au bout une évaluation de l'intervention arrêtée. Et aussi, il faut poursuivre la politique de discussion, d'information, de sensibilisation parce qu'il est important de dépasser le tabou du mot qu'est le suicide pour enfin le traiter, ceci pour Saõ Paulo.

Concernant les communautés indigènes, le Dr NORONHA insiste sur la complexité d'appréhender ce sujet qui, dans le fond, n'existe pas dans la conception du monde de ces communautés. Ils ont mis en place un groupe de thérapie sur un modèle d'ethno-psychiatrie qui provoque des rencontres périodiques pour des échanges d'expériences, l'écoute des conflits affectifs, sociaux.

Faire en sorte que toutes ces personnes, participant à ce groupe de thérapie, se sentent à la fois source de savoirs et de partage des expériences. Voilà en ce qui concerne le Brésil qui s'inscrit dans une démarche volontariste de prise en charge du suicide.

Concernant le Surinam, on peut dire qu'il y a une grande prise de conscience de la nécessité d'agir et très tôt, en détectant les personnes à grands risques, les orienter vers les spécialistes qui devront à leur tour respecter la personne en installant des relations de confiance, en écoutant, en associant la famille, l'entourage, le voisinage pour faire comprendre à cette personne qui a tenté à sa vie qu'elle n'est pas seule. Elle fait partie d'une communauté et créer chez elle l'espoir d'une vie meilleure.

Concernant les communautés haïtiennes au Québec, Dr Cécile MAROTTE a fait part de son expérience en rappelant bien le profil de ses patients qui sont déjà des exilés. Une situation qui n'est pas simple au départ mais l'exil n'a pas pour autant fait disparaître les éventuels traumatismes antérieurs à l'arrivée au Québec. Vouloir aider ces suicidants, c'est d'abord mieux les connaître.

Dans un premier temps, le groupe d'aidants composé de professionnels de santé et de compétences culturelles va chercher à définir un diagnostic approfondi en tenant compte de l'histoire personnelle de la personne concernée afin de mettre en place un suivi régulier avec un bilan tous les 6 mois. En complémentarité voire de façon systématique, il faudrait mettre en place une autre intervention, une espèce de réseau élargi pluridisciplinaire traitant à la fois l'aspect social, clinique et juridique qui ne se fait pas en milieu hospitalier, qui n'est pas public et qui a l'avantage de susciter la confiance chez la personne que l'on veut aider.

Chez nous, Mme FLAMBEAU nous a rappelé qu'au centre pénitentiaire de Cayenne, il y avait peu de suicides réussis, un peu plus de tentatives. Bien que n'étant pas secoué par le problème du suicide, il y a très tôt une vigilance qui est installée dès le départ par un entretien qui vise à déceler autant que possible une tendance suicidaire. Ils tiennent compte également de tout signalement arrivé dans le dossier des détenus, qui sont en situation de fragilité psychologiquement et elle assure qu'aucun discours ou aucune allusion au suicide n'est négligée. C'est pourquoi ils essaient autant que possible d'éviter tout comportement ou propos qui pourrait inciter ou pousser à accomplir l'acte irrémédiable.

L'objectif de l'ORSG, en organisant ce colloque, est d'envisager comment nous pourrions nous nourrir de l'expérience de nos pays voisins, proches ou éloignés pour enrichir notre pratique en Guyane. Au niveau du groupe, les rapporteurs et moi-même, pensons que déjà d'emblée on peut retenir du Canada et du Brésil, l'idée de la complémentarité à mettre en œuvre au niveau de la prise en charge en prenant en compte la médecine moderne, les recherches des scientifiques. Mais il nous faut prendre en compte les cultures, les croyances des communautés qui sont sur notre sol.

La table ronde n'a pas traité de la prise en charge du suicide chez les Bushinengue et les Amérindiens. Mais, quand on a entendu ce qui a été dit, on sait très bien que l'on ne pourra véritablement être efficace que si l'on tient compte en amont de ce qu'ils pensent, de ce qu'ils font, de ce qui se passe par rapport à leur mode de pensée et leur culture.

Autre apport qui nous semble important comme évoqué par le Canada, c'est l'idée de la situation juridique des intéressés. C'est vrai que ne pas avoir une situation juridique claire et nette, se sentir en situation illégale est déjà un facteur de déséquilibre. Et c'est vrai qu'en Guyane, on peut dire qu'on est concerné par des personnes en situation irrégulière, sans papiers. Aussi, peut être que, si on veut bien agir en prévention et en prise en charge, penser qu'agir, c'est aussi prendre en compte l'histoire de la personne avec ces insuffisances ou alors ces manques : par exemple une situation juridique défailante.

Ce balayage sur la pratique de la prise en charge dans les différentes communautés chez nous ou chez les pays voisins est de nature à nourrir notre pratique.

FACTEURS PROTECTEURS DU SUICIDE

Pr. Jean-Pierre SOUBRIER

Correspondant français à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Europe Chairman of the Section on Suicidology - World Psychiatric Association - Ancien Président de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide

La prévention du suicide existe depuis 1953. En septembre dernier, nous avons célébré la 1^{ère} journée mondiale de prévention du suicide. La Suicidologie définie comme l'étude scientifique du suicide n'existe officiellement que depuis 1968 selon l'initiative d'Edwin SHNEIDMAN. Un nombre considérable d'études, de rencontres ont été organisées depuis ces dates. Beaucoup concernent l'étude des facteurs de risque mais paradoxalement très peu concernent les facteurs protecteurs. Cette constatation est étonnante pour ne pas dire " bizarre ".

En matière de Santé Publique, il est admis qu'il faut protéger avant d'évaluer les risques pathologiques éventuels. En apparence, l'étude des facteurs protecteurs sera différente selon les 3 niveaux de prévention du suicide et selon les lieux, les institutions où un risque de tentative de suicide et de suicide réussi existe. Cette remarque fit partie de nos préoccupations lors des discussions suivies de publication du Programme SUPRE de l'OMS, sous la direction du Dr BERTOLOTE.

Par exemple, il apparut ainsi que les facteurs protecteurs seront différents dans le milieu scolaire de ceux dans le milieu pénitentiaire et dans la pratique médicale générale. C'est dans le milieu scolaire que les facteurs protecteurs (FP) sont les plus précis. Il existe 3 facteurs majeurs à analyser : le facteur protecteur, de risque et pour certains de prédictibilité comme nous le verrons.

Quelles en sont les définitions ? Il apparaît nécessaire de préciser les points suivants ou simplement de présenter une synthèse des facteurs de risque du suicide reconnue de tous : les antécédents personnels et familiaux du suicide, l'existence d'un trouble mental majeur avec ou sans dépression patente, la notion toxique d'abus alcoolique ou médicamenteux, l'isolement social, le veuvage récent (surtout chez les hommes).

Il existe quelques échelles de risque du suicide qui correspondent à ces facteurs. Rappelons la remarque célèbre de Jerry MOTTO qui s'est intéressé longuement à cette question : "Quelles que soient les échelles de risque de suicide, l'intuition clinique prévaudra". En 2000, j'ai réalisé un CD-ROM sur l'évaluation du risque suicidaire qui précise tout cela.

Dans la mesure où le but vital est de prévenir les conduites suicidaires, existe-t-il une différence de définition entre facteur de risque et facteur protecteur ? Le meilleur exemple a été fourni lors d'une discussion suivant une présentation de R. HAWKS, psychologue d'Oklahoma lors d'une réunion de l'Association Américaine de Suicidologie à Houston en 1999. La réflexion est tellement simple qu'elle passe inaperçue ! Si l'on veut prévenir le suicide, il faut étudier la prédictibilité.

Dans ce cas, il faut s'attacher à comparer (ou évaluer) en parallèle ou successivement, les facteurs de risque avec les facteurs protecteurs d'où les définitions suivantes :

- Un facteur à risque est un facteur qui influence négativement une personne et aggrave (ou augmente) le risque de passage à l'acte.
- Un facteur protecteur concerne tous les facteurs qui influencent positivement une personne et réduit le risque de passage à l'acte.

HAWKS dans son étude proposera le tableau suivant qui comprend tous les items codifiables lors de l'examen d'une personne présentant une prédictibilité de passage à l'acte suicide. Les facteurs protecteurs suivants doivent être recherchés :

- résilience
- pratique religieuse
- compétence sociale
- bonne estime de soi
- sens des responsabilités
- impliqué dans la communauté
- intérêt pour sa famille
- emploi stable et éducation
- des projets réalistes
- cohésion familiale
- enfance protégée
- attitude compréhensive envers les autres
- bénéficie des expériences passées
- loisirs et intérêts positifs
- environnement stable et enrichissant

Schématiquement, il existe donc des facteurs protecteurs communs à toutes les situations, lieux, institutions, profils psychologiques... En pratique ou en réalité, ainsi que Danuta WASSERMAN le précise "Ce qui fait la différence entre la vie et la mort, ce n'est pas seulement la présence de facteurs de risque mais aussi l'accessibilité de facteurs protecteurs qui renforcera la personne suicidaire dans sa stratégie relationnelle". Existe-t-il des facteurs spécifiques à certaines situations ?

DURKHEIM en 1887 avait énoncé " La famille protège ". Cette remarque d'allure fondamentale peut être critiquée lorsqu'on sait que certaines familles sont pathogènes, suicidogènes ou même génétiquement mélancoliques. Il est clair qu'une bonne famille protégera, en créant un climat affectif mais en prenant les bonnes mesures devant une alerte dépressive ou autre élément de désespoir. Il se confirme encore l'importance de l'environnement en tant que facteur protecteur ou précipiteur de l'acte suicide.

On sait d'expérience que c'est l'environnement qui conditionnera la suicidalité d'un groupe ou d'une personne. Je choisirai plusieurs exemples selon les préoccupations actuelles de la France en matière de prévention du suicide : milieu scolaire, milieu pénitentiaire, milieu médical. C'est à dire selon les points communs et les points particuliers.

Les facteurs communs concernent la formation des professionnels, à la fois selon leur fonction mais aussi en raison d'un facteur social, anti-tabou. Informer que le suicide peut être prévenu ne survient que dans certaines conditions, que cela nécessite une cohésion sociale et que s'il existe un trouble mental ou toxique, des méthodes thérapeutiques existent.

A ce propos, il apparaît intéressant de signaler la notion de tabou. On considère en règle générale que le suicide est un sujet tabou que l'on aborde ou que l'on ne discute pas car étant un sujet interdit. On oublie que la notion de tabou est à l'origine un facteur de protection mis en place par les sociétés païennes de la région de l'océan pacifique.

D'une façon globale, on peut énumérer quelques facteurs communs qui ne sont pas définitifs, sur le plan social général et personnel : appartenance à un groupe social homogène, engagement religieux organisé ou insertion dans un système de croyance, capacités de dialogues ouverts non contraignants ou frustrants, proximité d'accès à un réseau non seulement social mais également médical permettant une prise en soins de qualité avec un suivi précis, richesse des mécanismes de défense, capacité d'introspection et de " décentrage " des conflits.

J'en viens aux exemples. Dans la brochure bleue de l'Organisation de la Santé et du programme SUPRE auquel j'ai participé doublement en tant que membre du réseau sous la direction du Dr BERTOLOTE, j'ai eu l'autorisation exceptionnelle de traduire les publications originales et publiées en anglais, en français. Dans cette brochure, il est fait état des facteurs protection et prévention du suicide. Au passage, je rappelle que sur instruction des deux ministres Luc FERRY et Xavier DARCOS, ont été adressé aux 30 académies 500 copies il y a environ 1 mois ou 2. J'espère que ces copies ont traversées l'océan atlantique et sont parvenues en Guyane.

Quels sont les facteurs spécifiques selon la situation (lieu, milieu...) ? Les principaux facteurs qui contribuent à la protection contre le comportement suicidaire sont :

- Les schémas familiaux : bonne relation avec les membres de la famille et le soutien familial.
- Les personnalités et capacités de perception : bonnes aptitudes sociales, confiance en soi et dans sa situation personnelle et ses résultats, savoir demander de l'aide en cas de difficultés, par exemple pour le travail scolaire, savoir demander des conseils quand un choix important est à faire, être ouvert à l'expérience d'autrui et aux solutions proposées, être ouvert à des connaissances nouvelles.
- Facteurs culturels et socio-démographiques : intégration sociale au travers de la participation à un sport, à des associations religieuses, à des clubs et à d'autres activités, bonnes relations avec les camarades de classe, bonnes relations avec les professeurs et les autres adultes, soutien de personnes valables et responsables.

Récemment, lors du 35^{ème} Congrès du Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide à Nancy, C. RENARD de Liège a précisé qu'il ne suffisait pas d'avoir un programme de prévention du suicide mais encore fallait-il le mettre en place clairement.

Il déclare donc "que leur efficacité réside dans leur capacité à intégrer une multitude de facteurs spécifiques liés à la personne suicidaire, à l'environnement mais également la prise en compte des facteurs spécifiques des intervenants du monde scolaire... Ils agissent comme facilitant et amplifiant l'efficacité du programme s'il sont repérés et intégrés mais par contre agissent comme entravant ou paralysant le programme s'ils sont ignorés".

11 psychologues, 3 psychologues ou éducateurs ou les deux de Liège en Belgique ont précisé qu'il ne s'agissait pas de prévention du suicide mais encore fallait-il le mettre en place clairement.

Dans la même présentation, C. RENARD a également proposé deux concepts : celui de prévenu c'est à dire l'écolier à risque, celui de prévenant, l'enseignant protecteur. Il confirmera également la nécessité de mise en place de " réseau d'appartenance " permettant le maintien de relations entre toutes les parties, y compris un membre extérieur à la famille, qui permet un renforcement supplémentaire à celui fourni par la famille ou s'y substituant donc en cas de faillite de celle-ci. Enfin, il convient d'insister sur le fait que la formation de l'ensemble du personnel constitue un facteur majeur de protection du suicide dans le milieu scolaire.

En pratique médicale, il est clair que lors d'une crise suicidaire qui conduit une personne à l'hôpital général pour une tentative de suicide ou une menace de passage à l'acte, l'attitude sera non seulement d'évaluer le facteur de risque de récurrence mais surtout d'évaluer les facteurs protecteurs qui seront :

- la nécessité d'une thérapeutique adaptée : psychothérapie ou pharmacothérapie,
- l'évaluation de l'entourage, des capacités bienveillantes de celui-ci mais également de s'informer sur la pathologie existante dans l'entourage ou la famille,
- la mise en place d'un suivi précis, immédiat, contrôlable et contrôlé.

En pratique quotidienne, il est admis que le suivi d'un état dépressif doit être prolongé au minimum pendant 18 mois. Une évaluation régulière de la réponse au traitement antidépresseur doit être effectuée, ainsi la confirmation ou non d'un diagnostic éventuel de maladie mentale. Principalement, la tentative de suicide comme signe révélateur d'une psychose chez le jeune, d'un abus toxique ou d'un conflit familial ; à l'inverse, chez la personne âgée, la révélation d'un déficit pré-démence.

Il peut paraître simpliste ou évident de préciser tout cela mais la pratique quotidienne nous apprend qu'un bon suivi médical est un facteur protecteur de prévention du suicide. Actuellement, on précise que les sels de lithium participent à la prévention du suicide. Je pense qu'il s'agit non seulement de l'effet pharmacothérapeutique mais également de l'importance du suivi biologique (surveillance de la concentration) qui nécessite des consultations régulières.

En milieu pénitentiaire, la prévention des suicides peut apparaître différente, compte-rendu du lieu, de la pathologie présente et du type profil du détenu. Si les facteurs protecteurs possèdent ces points communs, il conviendra une fois de plus d'insister sur la nécessité de la formation du personnel et de l'importance du dépistage des troubles mentaux, de la mise en place d'un suivi psychiatrique régulier. Ceci a été bien précisé dans la brochure du programme SUPRE et repris dans le rapport de J.L. TERRA sur le suicide en prison (2004).

Il est d'autres situations où existent peut-être des facteurs protecteurs spécifiques. Je n'en citerai qu'une : celle de la perte de l'emploi et du chômage. Il m'apparaît que ce n'est pas que le chômage en soi qui serait suicidogène. Certaines personnes, on le sait, s'en accommodent. Par contre, la perte d'un emploi associé à un soutien psychologique chez certaines personnes vulnérables est un facteur protecteur que la société et les agences devraient renforcer.

Avant-dernier point : il concernera un problème d'actualité évoqué par l'OMS en octobre 2002 mais confirmé par nous tous, c'est l'association du problème suicide aux violences. Quelques auteurs ont associé suicide et violence dans des échelles de risque, mais également de facteurs protecteurs communs. Je citerai qu'une seule référence : PR VANPRADE et POUCHNIQUE qui ont établi une liste des 17 facteurs de risque de suicide et de violences dans lequel suicide et violence sont associés. C'est uniquement sur 4 points de ces 17 points au total qu'une distinction est faite de façon spécifique, un facteur pour la violence, un facteur pour le suicide.

Le rôle des médias est considérable, il peut être protecteur, il peut être destructeur. Il est destructeur lorsqu'il est glorificateur de telle personnalité, qui se tue "il est mort comme il a vécu, etc."

J'ai rajeuni ce matin quand j'ai entendu parlé de la rubigine. Lorsque j'étais chef de clinique au centre antipoison à Paris chez le Pr. GAUTHIER où j'ai mis en place la première unité de suicidologie, je participais au signalement de toxicologie clinique et aux gardes du centre antipoison. Et nous avons été avertis d'une épidémie de rubigine en Guadeloupe : une championne de natation guadeloupéenne, avait été appréhendée dans un supermarché, après avoir volé une lingerie, la presse en a fait état, elle a avalé de la rubigine et elle en est morte.

A la même époque a débuté une épidémie de suicides ou de prise de rubigine dans un but de suicide ou non va-t-on savoir ? Et c'était dans les années 70. Je suis attristé de savoir que la rubigine est encore dans ces régions caraïbéennes un produit mortel utilisé par la jeunesse.

Les médias peuvent avoir un rôle protecteur. Je citerais l'exemple suivant que certains plus ou moins jeunes connaissent : c'est le suicide du chanteur américain Kurt COBAIN, après avoir souffert d'un loupé de suivi médical entre Los Angeles et San Francisco. Je crois qu'il est mort dans l'OHAYO.

Le système médiatique de la région a immédiatement pris contact, à l'annonce de son suicide, avec le réseau associatif de prévention du suicide. Et, pendant la diffusion médiatique du suicide d'un chanteur célèbre, les journalistes ont dit : "Kurt COBAIN est mort, c'est dommage, ne suivez pas son exemple, téléphonez au centre de crise, allez au centre de crise, allez voir votre médecin, allez voir votre psychologue, parlez-en entre vous".



CLÔTURE DE LA MANIFESTATION



Dr. Roger-Michel LOUPEC

Représentant du Président du Conseil Scientifique de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) - Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (l'URMLG)

Mme la Présidente, vous m'avez demandé en tant que représentant du Conseil Scientifique de l'ORSG de vous présenter mes conclusions, ce qui me place dans une situation ambiguë à mi-parcours entre la synthèse des synthèses et le discours de clôture qui vous revient.

Plutôt que de conclure, je considère que cette manifestation est un début, une naissance, un commencement à une action immédiatement future. Nous avons parlé pendant deux jours d'un phénomène sociétal extrêmement douloureux, consubstantiel, représentant en permanence la souffrance. Je vous remercie Mme la Présidente d'avoir initié cette manifestation avec l'aide efficace de votre directeur Dr CASTOR-NEWTON, et la collaboration du bataillon féminin majoritaire de l'ORSG qui a mené avec rigueur cette organisation.

En effet, cette manifestation avait plusieurs objectifs principaux. Tout d'abord, il s'agissait de sensibiliser public et professionnels devant un sujet qui est l'affaire de tous, le suicide. Il s'agissait d'aboutir à un consensus si possible entre professionnels et population favorisant la première prise en charge des patients, une prévention adaptée à nos spécificités.

Dans le cadre des missions de l'ORSG, qui consiste à inventorier différentes sources sanitaires et sociales, à rassembler, à analyser, à diffuser l'information relative à l'état de santé de la population, à mener des enquêtes épidémiologiques, pour une meilleure connaissance de la réalité sanitaire, sociale et régionale ; nous constatons que toutes les études sur le suicide se heurtent à la question des définitions et ont leurs limites. Si bien qu'on a parlé souvent de la notion d'équivalence suicidaire qui permet de tenir compte de certaines conduites auto-destructrices (accidents, alcoolisme, toxicomanie, auto mutilation, etc.) et de leur accorder les mêmes significations qu'au suicide.

La société, elle-même, a eu tendance à occulter le suicide par des attitudes globalisantes, réductrices. Citons par exemple, la condamnation par l'église de la société civile, et les relations faites très systématiquement à une maladie mentale et peuvent être aussi la corrélation parfois importante entre le taux de suicide dans une société donnée.

Se donner la mort pour certains, ce serait clore son destin en se précipitant dans l'immédiat antérieur mais ce serait aussi maintenir jusqu'aux derniers instants l'ouverture de ce que SENECA appelait avant SARTRE le chemin de la liberté, prenant la maîtrise que le sujet exercerait sur ses conditions d'existence.

Selon la bible, celui qui se donne la mort refuserait le don divin qu'est la vie.

Au fait, qui veut-on tuer lorsqu'on se donne la mort ? Un passé dont on a honte, un moi diminué par l'échec, la désillusion, une vie dépourvue d'intérêts, une souffrance insupportable. Certes, de multiples réponses sans doute sont possibles mais toutes ramènent à l'idée d'une perte éprouvée pour le moi d'un préjudice qui lui a été porté. Pour certains, les causes profondes du suicide seraient à rechercher dans le degré d'intégration des individus dans la société et de l'action régulatrice que celles-ci exerceraient sur leur psychisme. Lorsque l'intégration se relâcherait, le taux du suicide augmenterait, expliquant le fait qu'il serait plus fréquent à la campagne qu'à la ville, que les célibataires, les veufs se suicideraient plus que les couples mariés.

Il est difficile d'éviter de porter un jugement moral à l'égard des suicidés. Le volontaire de la mort dresse, en fin de compte, le procès de la vie en général et par la même celui de ses parents, de ses proches, de l'école, de la société, du système politique. Il engendre, néanmoins, une réaction extrême comme l'estime ou le dégoût, suscitant aussi la sympathie ou la pitié, se mêlant à un sentiment plus ou moins exprimé de culpabilité. Mais, il y est surtout le témoignage d'une souffrance. Sans doute est-ce pour cela que les tentatives de suicide par procédures médicamenteuses censées soigner et délivrer de la souffrance sont si souvent utilisées.

Pendant ce colloque, nous n'avons pas tenu compte des concepts fondamentaux sur l'idée de la mort dans son caractère irréversible, universel et irrévocable. Nous avons tenté, avec l'aide des experts nationaux et locaux de nos régions un voyage dans les différentes communautés qui composent la mosaïque culturelle de pays. M. BERTOLOTE de l'OMS nous a fait un panorama mondial des quelques 850 000 suicides connus et a insisté sur le fardeau social et économique de ce phénomène douloureux. Il nous a fait part des difficultés qu'avaient certains pays encore trop nombreux pour assumer cette fonction de Santé Publique. Il nous a indiqué également les modélisations possibles préconisées par l'OMS pour la prise en charge et la prévention de ce meurtre sur soi que constitue le suicide.

Le Dr DE SOUZA LOBO GARCIA, nous a montré que dans les années 80-90, le Brésil avait accompagné la tendance mondiale concernant l'accroissement du taux de suicide avec dans ce pays qui nous ressemble un petit peu, au niveau de sa population, un accroissement des suicidés au niveau des jeunes.

Le Pr. SOUBRIER nous a invité à étudier plutôt sur les zones de civilisation que les zones géographiques, en insistant sur l'importance de l'isolement et du lien social.

Nous avons pu comprendre grâce au Dr Cécile MAROTTE que le suicide en Haïti n'était pas perçu comme un acte volontaire de la part de l'individu mais plutôt comme la conséquence d'un état d'aliénation mentale provoquée par un acte de sorcellerie où s'exercerait le culte des morts et l'importance du vaudou. Les problèmes de santé dans ce pays en proie à une endémie, une souffrance caractérisée ne semblant pas être une priorité.

Nous avons été surpris d'entendre le nombre de morts par suicide dans la communauté amérindienne, en particulier celui de l'intérieur avec les propos de Mme WYNGAARDE concernant un événement semble-t-il fortement lié à l'alcoolisation dans ces populations survenant durant les périodes festives. Elle a insisté sur les problèmes de déculturation, genèse de cette activité suicidaire où la mort parfois serait provoquée par une cause extérieure sur laquelle on n'aurait pas de prise.

M. APOUYOU nous a parlé pour les Bushinengues, de l'importance de la croissance animiste dans le cas des suicides amoureux, de déshonneur et de vengeance. En fin de compte, il nous a exposé une véritable judiciarisation du suicide inventant pratiquement les travaux d'intérêt collectif concernant les peines infligées par le Grand Man, inventant le bracelet électronique de la liberté surveillée, lorsqu'il nous a parlé de la mise sous surveillance du suicidant. Il inscrit également, dans ses propos avant l'heure, peut-être, les amendes fiscales en nous parlant des taxes dont devraient s'acquitter ceux qui ont tenté de se donner la mort. Insistant sur le rejet du suicidé, qui n'était pas enterré, pour lequel un deuil restreint était porté.

Mme Aline GRANDBOIS nous a fait partager ses regards sur les tentatives de suicide chez les Créoles de Guyane, sur l'aspect protecteur de la famille, sur le tabou qui existe encore sur cette autolyse dont l'entourage familial a du mal à parler. Entourage qui cache parfois sa culpabilité, sa honte et son désarroi en projetant ce mal vers une origine extérieure, faisant appel parfois, aux pratiques magico-religieuses. Les tentatives de prise en charge ont été proposées, tenant compte des différentes communautés.

Ainsi l'intervention, avant le passage à l'acte du suicidaire dans la phase de désorganisation ou la phase aiguë nécessite la formation d'un grand nombre d'intervenants comme le rappelait le Dr SIMART pour une meilleure prise en charge des suicidants. Sachant qu'une tentative de suicide désormais banalisée d'emblée devrait permettre aux personnes et aux groupes à risque comme les endeuillés, les jeunes, les personnes âgées, la prise en compte de pathologies associées somatiques et psychiques. Est également à considérer, l'adaptation d'une politique de prévention et des méthodes de prise en charge des facteurs de risque restant nécessaire comme nous l'a montré l'enquête réalisée par l'ORSG sur l'état de santé des jeunes.

La prévention du suicide dans les différentes communautés haïtiennes comme nous l'a rappelé le Dr MAROTTE nécessite une formation permanente, juridique, clinique et des intervenants appartenant à une structure d'accueil portant sur l'étude du contexte social, politique haïtiens et les problématiques se rapportant à leur histoire, à leur exil, à leur problème de séparation. Ce problème de prévention devra se réaliser avec l'aide des intervenants formés aux droits de l'immigration, également à la clinique, de façon communautaire puisque cette manifestation ne rentrerait dans aucune autre catégorie que celle de la sorcellerie ou de la magie noire.

Le responsable de la santé de Saõ Paulo a conçu un système de vigilance du suicide en rendant obligatoire la notification immédiate des tentatives de suicide en arrivant aux urgences, avec la mise en place de systèmes d'écoute d'approches et de visites à domicile.

Le Pr. SOUBRIER a insisté sur les facteurs protecteurs, qui apparaissent comme les meilleurs moyens de réponse dans les facteurs de risque du suicide.

Cependant, de tout ce qui a été dit de façon transversale, nous pouvons retenir deux grands aspects fondamentaux :

- De toutes les études réalisées, aussi bien celles conduites par l'OMS qui nous a montré que beaucoup de pays ne pouvaient assumer la fonction de la Santé Publique, en passant par Haïti où la souffrance endémique où l'on vit constamment avec la mort sans aucune notion chiffrée de la Santé Publique, en passant par le Brésil où les grandes villes ne connaissent pas ou très difficilement les déterminants et les causes de la mort, en passant par la France où malgré la connaissance des 17,5 % de suicides connus recensés, il existerait une sous-estimation de 20 %. Les statistiques ne révèlent pas tout. Ce n'est pas un outil irrévocable, même si les démarches chiffrées restent nécessaires pour apprécier une tendance.

- Pour construire et agir, il nous faut aussi comparer même s'il est parfois prudent de prétendre des comparaisons rigoureusement éclairantes, en se basant sur les statistiques fournies par les différents pays, les chiffres avancés dépendent non seulement du sérieux et de la précision qu'on y apporte mais aussi des facteurs religieux, sociaux qui font que d'une région à une autre un suicide est malaisément déclaré comme tel par l'entourage immédiat. La mise en place d'une cellule multi-composite, associant système éducatif, enseignants, professionnels de santé, patients en Guyane, restent à mettre en place et ce colloque devrait être l'opportunité pour se faire.

En effet, le gouvernement ne s'y est pas trompé. Dans le cadre de la loi prochaine de Santé Publique, qui a été débattue à l'Assemblée Nationale, maintenant au Sénat, dans son article 15 elle prévoit l'objectif d'améliorer les statistiques en santé afin de mieux appréhender les problèmes de Santé Publique. Ainsi, l'INSEE, le service statistique ministériel, pourrait se fournir les données de santé actuellement inaccessibles par la loi du 7 juin 1951.

Cependant, il faudrait que les types de recherches et de données soient transparentes et accessibles à tous, sans déroger à la loi de mars 2002, établissant les droits des malades et renforçant le statut du secret médical. Il s'agirait donc de veiller à ce que l'on autorise ce type de travaux sous la double garantie d'une conformité à la loi du 18 janvier 1918 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés de la CNIL et avec le code de déontologie médical, sous l'aide, pourquoi pas, de l'ordre des médecins. Toutes les propositions qui ont été faites existent pratiquement déjà et se retrouvent dans le rapport du Haut Comité de Santé Publique ou au niveau des différentes conférences régionales de consensus.

L'important pour nous maintenant, ce serait d'adapter les maux de l'existant de nos spécificités dans le cadre de regroupements multi-sectoriels dont ce colloque serait le début de la mise en place.

Il ne s'agit pas pour nous d'attendre passivement quelque alternance, quelque transformation des phénomènes que nous subissons mais de proposer activement une alternative et je voudrais répondre à l'enseignant qui a interpellé le corps médical. Il est vrai que le médecin généraliste, quel qu'il soit, n'a pas forcément été formé à l'approche du phénomène de suicide. C'est pourquoi les médecins et les usagers des centres de santé, doivent participer à ces missions de formation et d'information. Mme SIMART et moi-même en tant que Président de l'Union des Médecins y veillerons.

L'acte suicidaire survient en fait à la fin de tout un processus évolutif au cours duquel une action aurait été possible. Il n'est pas question ici concernant les déterminants figés par exemples le mariage obligatoire, de supprimer les relations sexuelles. Je force volontiers le trait pour accentuer mes propos mais on peut agir sous des facteurs plus ou moins habiles tel que par exemple le chômage, le mal-être au niveau de l'école, au niveau de la société.

La mise en place d'institutions qui vont de la formule des appels téléphoniques de type SOS à celle des centres où les malades peuvent intervenir librement, comme à Saõ Paulo est possible. On peut pratiquer de façon communautaire la prise en charge et la thérapie de groupe identique à celles qui, au Brésil, associent les méthodes rituelles dans les thérapies complémentaires. Il faut bien le reconnaître, l'efficacité de ses institutions, les méthodes préventives quoi que nécessaires et efficaces, restent limitées.

D'autres thérapies, d'autres maniements sociétaux c'est-à-dire difficile à mettre en œuvre seraient à imaginer, consistant pourquoi pas, en des bouleversements globaux des structures de la société avec peut être une transformation de la manière dont celle-ci définit ses relations avec la valeur de la vie.

Suite aux propos de Mme GRENAND, il serait difficile mais nécessaire d'adapter les principes de notre idéal républicain commun avec l'indispensable exigence de la protection culturelle, par exemple des amérindiens afin d'éviter l'acculturation et la genèse de l'endovigilance liée à l'autolyse comme il a été dit ce matin.

Pour ce qui nous concerne en Guyane, lorsqu'on nous annonce qu'il y a 234 décès par suicide entre 1982 et 1998 et un pourcentage de décès possibles par suicide avoisinant les 5,9 %, la gravité de cette donnée étant confirmée par une étude de l'ORSG indiquant que 14 % des jeunes ont déjà eu des idées suicidaires, nous ne pouvons pas et vous et nous rester indifférents.

Le décor est planté, le champ à défricher reste encore immense, c'est à cette tâche que nous vous convions afin que nous puissions tenter de réduire cette manifestation douloureuse qu'est le meurtre de soi qui reste avant tout le témoignage d'une grande souffrance. Nous n'avons pas d'autres choix possibles car toute société qui ne se préoccuperait pas de sa population dans toutes ses composantes, et singulièrement en Guyane de sa jeunesse qui est majoritaire, serait une société suicidaire.

D'ailleurs, l'une des préconisations de ce colloque, serait peut être de rendre la parole aux uns et aux autres pour que l'on se regarde, que l'on s'entende, que l'on s'écoute et que l'on partage lorsque l'on se rencontre. L'écoute, la parole et la communication étant le fil conducteur parfois en filigrane des différentes interventions que nous avons entendues.

Pour terminer, livrer à votre méditation cette réflexion "si un patient venait me voir et refait une tentative de suicide et se tue, je ne peux considérer que c'est l'expression de sa liberté c'est aussi mon échec". La grande difficulté, c'est de devoir accepter qu'une telle issue soit inévitable, dans un pourcentage imprévisible de cas, sans renoncer pour autant à soigner des patients suicidaires ni à réfléchir au sens des tentatives de suicide".



DISCOURS DE CLÔTURE

Mme Marie-Claude VERDAN

Présidente du Conseil d'Administration de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) - Conseillère Régionale - 1^{ère} Vice-Présidente du Conseil Général de Guyane

Il fallait oser parler de ce sujet délicat. Pourtant, à l'Observatoire nous l'avons fait avec vous. A l'issue de ces 2 journées de travaux, je voudrais vous dire combien est grande ma satisfaction tant les interventions ont été de qualité, les débats ont été riches, et les conclusions encourageantes.

J'ai été heureuse de vous accueillir dans le cadre de cette manifestation car celle-ci a su attirer une assistance qui a largement débordé le cadre d'une audience purement professionnelle. Je vous remercie sincèrement pour la qualité, Mesdames et Messieurs, de vos interventions et pour votre attention constante qui n'a pas fait défaut.

Aujourd'hui, journée internationale des droits de l'homme, je dis qu'au cours de ce colloque nous avons pu affiner l'analyse autour de la prévention et de la prise en charge du suicide en Guyane. Mais aussi en éclaircir les particularités par tout un ensemble de comparaisons telles qu'elles se profilent dans les différentes communautés ethniques et dans les pays avoisinants, de même que sur le plan national.

Je voudrais donc remercier très sincèrement et très chaleureusement le directeur, les chefs de service, le personnel de l'Observatoire Régional de la Santé, comme j'ai pour habitude de dire, mon équipe de choc, qui se sont dépensés sans compter ainsi que toutes les personnes qui ont œuvré au succès de cette manifestation qu'elles soient du Conseil d'Administration, le 1^{er} Vice-Président étant toujours à mes côtés ainsi que le collègue PRÉVOT mais aussi d'autres du comité de pilotage, du Conseil Scientifique, les intervenants, les animateurs ou les participants tout simplement.

En ma qualité de Présidente de l'ORSG, je voudrais aussi vous dire combien j'accorde du prix à ce que cet organisme régional apporte par sa signification aux problématiques de santé publique en Guyane, la tenue de ce colloque international participe donc à cet objectif. Nous devons continuer à échanger, à débattre, à trouver ensemble des solutions idoines et pérennes aux problèmes de notre société.

C'est précisément le sens que nous avons voulu donner à cette manifestation consacrée à ce que le fameux sociologue Emile DURKEN appelait la "mort volontaire". Ainsi, nous espérons que cette manifestation aura permis de contribuer à dissiper le voile du silence et de honte qu'enveloppe trop souvent le suicide afin de mieux reconnaître les comportements à risque.

S'il y a survenance de mort volontaire, c'est parce que les espérances et la solitude l'ont emporté sur le soutien, la solidarité, l'écoute et les espoirs au-delà de la conceptualisation de l'acte fatal. Il nous appartient de concentrer notre énergie sur des gestes quotidiens simples que sont la vigilance, la tolérance...

Cette question du suicide est cruciale pour la Guyane car lorsqu'une société est en construction, elle doit veiller en tout temps à ne pas se déshumaniser. Je souhaite que ces deux journées d'échanges contribuent à réveiller les consciences qui somnoient ou celles qui se sont endormies.

Toutes les personnes qui ont participé à ses travaux sont désormais investies d'une mission supplémentaire qui consiste à prêcher la vigilance et l'écoute pour éviter de trop nombreux drames humains. Je réitère mes remerciements au Président de la collectivité régionale, au Président de la collectivité générale, au maire de la Commune de Cayenne, à Monsieur le Préfet de la Guyane, à l'ensemble de nos autres partenaires et aux médias.

Je réitère mes félicitations publiquement au personnel de l'Observatoire pour leur implication, le travail réalisé, leur compétence, leur dynamisme.

Permettez-moi de vous les présenter :

- **Dr Marie-Josiane CASTOR-NEWTON**, *Directeur, Médecin Épidémiologiste,*
- **Mme Sandrine CHANTILLY** *Responsable de la Cellule Etude, Economiste de la Santé,*
- **Mme Marie-Thérèse DANIEL**, *Responsable de la Cellule de Documentation, Géographe de la santé,*
- **Robert VIVIES**, *Responsable Administratif et Financier,*
- **Arise CHOCHO**, *Chargée d'Études, Maîtrise de Sciences Sanitaires et Sociales,*
- **Rose MONNY**, *Secrétaire Administrative,*
- **Christelle LARUADE**, *Secrétaire d'Édition P.A.O,*
- **Sylvaine LAUBE**, *Secrétaire de documentation,*
- **Jocelyne FABIEN**, *Téléphoniste,*
- **Céline BIENVENUE**, *Technicienne de surface et Vaguemestre.*

Sans ces personnes, nous n'aurions pas été à la hauteur parce que ce sont des gens qui savent accorder leur temps de loisirs pour travailler afin que les manifestations que nous organisons à l'Observatoire soient une réussite.

Je voudrais doublement remercier le Dr LOUPEC parce que cela fait 10 ans que je suis à l'Observatoire de la Santé, il a toujours été là lorsque nous avons eu besoin de lui. Je vous demande de les applaudir bien fort.

Récemment arrivé à l'Observatoire en tant que 1^{er} Vice-Président, le collègue Lucien PRÉVOT. Je puis vous dire qu'il me seconde, je n'ai pas un Vice-Président fantôme. Et toutes les personnes, qui de loin ou de près, participent à alimenter notre bulletin d'informations :
- beaucoup de médecins, de professionnels, des membres du Conseil d'Administration telle que Mme Maria LONY - grâce à leurs savoirs. Je vous demande de continuer à fonctionner en étroite collaboration avec l'Observatoire de la santé.



RAPPEL DES SIGLES UTILISES

ACG	Antenne créole Guyane
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CFES	Comité français d'éducation à la santé
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale de la Guyane
CHAR	Centre hospitalier Andrée ROSEMON
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CODES	Comité départemental d'éducation à la santé
CNIL	Commission nationale informatique et libertés
CRIJG	Centre régional d'information jeunesse de la Guyane
ELSM	Echelon local du service médical
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DRESS	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSDS	Direction de la santé et du développement social
DSP	Direction de la solidarité et de la prévention
EN	Education nationale
EPS	Etablissement public de santé
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
IASP	Association internationale pour la prévention du suicide
IC	Intervalle de confiance
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
INPES	Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDTS	Institut régional de développement du travail social
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres
LEP	Lycée d'enseignement professionnel
LOSP	Loi de santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds-ratio
ORSG	Observatoire régional de la santé de Guyane
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMSI/MCO	Programme de médicalisation des systèmes d'information/Médecine- Chirurgie-Obstétrique
PRS	Programme régional de santé
RATP	Réseau des transports publics
RFO	Radio France Outre-mer
RIVO	Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subies la violence organisée
SNCF	Service national des chemins de fer
TS	Tentative de suicide
UCSA	Unité de consultation en soins ambulatoires
UDAF	Union départementale des associations familiales
UFPI	Unité fonctionnelle de psychiatrie intra carcérale
UNPS	Union nationale pour la prévention du suicide
URMLG	Union régionale des médecins libéraux de Guyane



Equipe de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane

PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ORSG

Mme Marie-Claude VERDAN : Conseillère Régionale

PRESENTATION DE L'EQUIPE DE L'ORSG :

*Dr Marie-Josiane CASTOR-NEWTON : Directrice de l'ORSG
Docteur en Médecine, Médecin en Santé Publique*

*Mme Sandrine CHANTILLY : Responsable Cellule Etudes
Economiste de la Santé (DESS de Gestion)*

*Melle Marie-Thérèse DANIEL : Responsable Cellule Documentation
Géographe (DEA de Géographie des Espaces Tropicaux)*

*Mme Arise CHOCHO : Chargée d'études
Maîtrise de Sciences Sanitaire et Sociale/Santé Publique*

*M. Robert VIVIES : Responsable Administratif et Financier
(D.U. de Gestion des Ressources Humaines)*

Mme Christelle LARUADE : Secrétaire d'édition/P.A.O

Melle Rose MONNY : Secrétaire de Direction

M. Romain ALLEN : Aide-documentaliste

Mme Sylvaine LAUBE : Secrétaire de documentation

Melle Jocelyne FABIEN : Standardiste

Mme Céline BIENVENU : Vaguemestre



ORSG

Observatoire Régional de la Santé de Guyane

Espace "Bertène JUMINER"

BP 659

771, route de Baduel 97335 CAYENNE CEDEX

Tél. : 05 94 29 78 00 Fax : 05 94 29 78 01

site : www.ors-guyane.org - E-mail : orsg@wanadoo.fr

