



FACULTE DE MEDECINE  
HYACINTHE BASTARAUD  
N° .....

# Analyse descriptive des tentatives de suicide au Centre Hospitalier de Cayenne de 2018 à 2019

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD

Des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Geoffroy Swann

Né(e) le 11/07/1982

A Suresnes (Hauts-de-Seine)

Directeur de la thèse :

**Docteur Rémi MUTRICY**, Service des urgences, Centre Hospitalier de Cayenne.

Examineurs de la thèse :

**Professeur Antoine ADENIS (président)**, épidémiologie, économie de la santé et prévention, Centre Hospitalier de Cayenne.

**Docteur Caroline JANVIER**, médecin cheffe du pôle psychiatrie, Centre Hospitalier de Cayenne.

**Docteur Haroun ZOUAGHI**, Médecin coordinateur du centre ressource prévention suicide, Centre Hospitalier de Cayenne

**Le Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY**  
**Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Suzy DUFLO**  
**Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY**

<b>PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS</b>	
<b>Antoine ADENIS</b> <a href="mailto:Antoine.adenis@ch-cayenne.fr">Antoine.adenis@ch-cayenne.fr</a>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Véronique BACCINI</b> <a href="mailto:veronique.baccini@chu-guadeloupe.fr">veronique.baccini@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Hématologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Pascal BLANCHET</b> <a href="mailto:pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr">pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Chirurgie Urologique</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
<b>Sébastien BREUREC</b> <a href="mailto:sbreurec@gmail.com">sbreurec@gmail.com</a>	<b>Bactériologie &amp; Vénérologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 12 80
<b>André CABIE</b> <a href="mailto:andre.cabie@chu-martinique.fr">andre.cabie@chu-martinique.fr</a>	<b>Maladies Infectieuses</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
<b>Philippe CABRE</b> <a href="mailto:philippe.cabre@chu-martinique.fr">philippe.cabre@chu-martinique.fr</a>	<b>Neurologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
<b>Raymond CESAIRE</b> <a href="mailto:raymond.cesaire@chu-martinique.fr">raymond.cesaire@chu-martinique.fr</a>	<b>Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
<b>Nadège CORDEL</b> <a href="mailto:nadège.cordel@chu-guadeloupe.fr">nadege.cordel@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Dermatologie &amp; Vénérologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Pierre COUPPIE</b> <a href="mailto:pierre.couppie@ch-cayenne.fr">pierre.couppie@ch-cayenne.fr</a>	<b>Dermatologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
<b>Michel DE BANDT</b> <a href="mailto:michel.debandt@chu-martinique.fr">michel.debandt@chu-martinique.fr</a>	<b>Rhumatologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52
<b>Bertrand De TOFFOL</b> <a href="mailto:Bertrand.detoffol@ch-cayenne.fr">Bertrand.detoffol@ch-cayenne.fr</a>	<b>Neurologie</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Magalie DEMAR - PIERRE</b> <a href="mailto:magalie.demar@ch-cayenne.fr">magalie.demar@ch-cayenne.fr</a>	<b>Parasitologie et Infectiologue</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09

<b>PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS</b>	
<b>Christophe DELIGNY</b> <a href="mailto:christophe.deligny@chu-martinique.fr">christophe.deligny@chu-martinique.fr</a>	<b>Médecine Interne</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55
<b>Félix DJOSSOU</b> <a href="mailto:felix.djossou@ch-cayenne.fr">felix.djossou@ch-cayenne.fr</a>	<b>Maladies infectieuses et tropicales</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
<b>Moustapha DRAMÉ</b> <a href="mailto:moustapha.drame@chu-martinique.fr">moustapha.drame@chu-martinique.fr</a>	<b>Épidémiologie, Économie de la Santé</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Suzy DUFLO</b> <a href="mailto:suzy.duflo@chu-guadeloupe.fr">suzy.duflo@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>ORL – Chirurgie Cervico-Faciale</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
<b>Narcisse ELENGA</b> <a href="mailto:Narcisse.elenga@ch-cayenne.fr">Narcisse.elenga@ch-cayenne.fr</a>	<b>Pédiatrie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
<b>Loïc EPELBOIN</b> <a href="mailto:loic.epelboin@ch-cayenne.fr">loic.epelboin@ch-cayenne.fr</a>	<b>Maladies infectieuses</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
<b>Karim FARID</b> <a href="mailto:karim.farid@chu-martinique.fr">karim.farid@chu-martinique.fr</a>	<b>Médecine Nucléaire</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 67
<b>Jocelyn INAMO</b> <a href="mailto:jocelyn.inamo@chu-martinique.fr">jocelyn.inamo@chu-martinique.fr</a>	<b>Cardiologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
<b>Eustase JANKY</b> <a href="mailto:eustase.janky@chu-guadeloupe.fr">eustase.janky@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89
<b>Louis JEHEL</b> <a href="mailto:Jehel.Louis@chu-amiens.fr">Jehel.Louis@chu-amiens.fr</a>	<b>Psychiatrie</b>
<b>Hatem KALLEL</b> <a href="mailto:hatem.kallel@ch-cayenne.fr">hatem.kallel@ch-cayenne.fr</a>	<b>Médecine intensive-réanimation</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Annie LANNUZEL</b> <a href="mailto:annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr">annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Neurologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
<b>Harold MERLE</b> <a href="mailto:harold.merle@chu-martinique.fr">harold.merle@chu-martinique.fr</a>	<b>Ophtalmologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00

<b>PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS</b>	
<b>Mathieu NACHER</b> <a href="mailto:mathieu.nacher@ch-cayenne.fr">mathieu.nacher@ch-cayenne.fr</a>	<b>Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
<b>Rémi NEVIÈRE</b> <a href="mailto:Remi.Neviere@chu-martinique.fr">Remi.Neviere@chu-martinique.fr</a>	<b>Physiologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Olivier PARANT</b> <a href="mailto:nicolas.venissac@chu-martinique.fr">nicolas.venissac@chu-martinique.fr</a>	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Stéphanie PUGET</b> <a href="mailto:stephanie.puget@aphp.fr">stephanie.puget@aphp.fr</a>	<b>Neurochirurgie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Dabor RESIÈRE</b> <a href="mailto:dabor.resiere@chu-martinique.fr">dabor.resiere@chu-martinique.fr</a>	<b>Thérapeutique-médecine de la douleur</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Pierre-Marie ROGER</b> <a href="mailto:pierre-marie.roger@chu-guadeloupe.fr">pierre-marie.roger@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Maladies infectieuses et tropicales</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>François ROQUES</b> <a href="mailto:chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr">chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr</a>	<b>Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 71
<b>Jean ROUDIE</b> <a href="mailto:jean.roudie@chu-martinique.fr">jean.roudie@chu-martinique.fr</a>	<b>Chirurgie Digestive</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
<b>Maturin TABUE TEGUO</b> <a href="mailto:maturin.tabueteguo@chu-guadeloupe.fr">maturin.tabueteguo@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>André-Pierre UZEL</b> <a href="mailto:andre-pierre.uzel@chu-guadeloupe.fr">andre-pierre.uzel@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66
<b>Nicolas VENISSAC</b> <a href="mailto:nicolas.venissac@chu-martinique.fr">nicolas.venissac@chu-martinique.fr</a>	<b>Chirurgie thoracique et cardiovasculaire</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Magaly ZAPPA</b> <a href="mailto:magaly.zappa@ch-cayenne.fr">magaly.zappa@ch-cayenne.fr</a>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL</b> <a href="mailto:jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr">jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Épidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Papa Ngalgou GUEYE</b> <a href="mailto:papa.GUEYE@chu-martinique.fr">papa.GUEYE@chu-martinique.fr</a>	<b>Médecine d'Urgence</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Hossein MEHDAOUI</b> <a href="mailto:hossein.mehdaoui@chu-martinique.fr">hossein.mehdaoui@chu-martinique.fr</a>	<b>Médecine intensive-réanimation</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Stéphane PLaweKI</b> <a href="mailto:splawecki@icloud.com">splawecki@icloud.com</a>	<b>Chirurgie Orthopédique</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Jean-Marc PUJO</b> <a href="mailto:Jean-marc.pujo@ch-cayenne.fr">Jean-marc.pujo@ch-cayenne.fr</a>	<b>Médecine d'Urgence</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

**MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>Cindy BERAL</b> <a href="mailto:cindy.beral@chu-guadeloupe.fr">cindy.beral@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Ophthalmologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tél. : 0590 89 10 10
<b>Laurent BRUREAU</b> <a href="mailto:laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr">laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Urologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Moana GELU-SIMEON</b> <a href="mailto:moana.simeon@chu-guadeloupe.fr">moana.simeon@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Gastroentérologie hépatologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Clarisse JOACHIM-CONTARET</b> <a href="mailto:clarisse.joachim@chu-martinique.fr">clarisse.joachim@chu-martinique.fr</a>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Marie-Laure LALANNE-MISTRIH</b> <a href="mailto:marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr">marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Nutrition</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00
<b>Mathieu SEVERYNS</b> <a href="mailto:mathieu.severyns@chu-martinique.fr">mathieu.severyns@chu-martinique.fr</a>	<b>Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE</b> <a href="mailto:fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr">fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Endocrinologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03

**MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉ - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**Amélie ROLLE**  
[amelie.rolle@chu-guadeloupe.fr](mailto:amelie.rolle@chu-guadeloupe.fr)

**Anesthésie Réanimation**  
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 10 10

**PROFESSEUR DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Jeannie HELENE-PELAGE**  
[jeannie.pelage@wanadoo.fr](mailto:jeannie.pelage@wanadoo.fr)

**Médecine Générale**  
 CHU de Pointe-à-Pitre / Cabinet libéral  
 Tel : 05 90 84 44 40

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Franciane GANE-TROPLENT**  
[franciane.troplent@orange.fr](mailto:franciane.troplent@orange.fr)

**Médecine générale**  
 Cabinet libéral  
 Tel : 05 90 20 39 37

**MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Philippe CARRERE**  
[philippe.carrere@gmail.com](mailto:philippe.carrere@gmail.com)

**Médecine générale**  
 Cabinet libéral

**MAÎTRE DE CONFÉRENCE ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Franck MASSE**  
[msspducos@gmail.com](mailto:msspducos@gmail.com)

**Médecine générale**  
 Cabinet libéral

**KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé**  
[drwcdk@gmail.com](mailto:drwcdk@gmail.com)

**Médecine générale**  
 Cabinet libéral

*« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »*

Preamble to the Constitution of the World Health Organization, 1946.

J'adresse, avec un profond respect, mes plus sincères remerciements au président et aux membres du jury Professeur ADENIS, Docteurs JANVIER et ZOUAGHI pour leur dévouement et leur expertise.

Je remercie également le Docteur MUTRICY, directeur de cette thèse pour sa sollicitude.

Je dédicace ce travail à mes parents, Philippe et Danielle, à mes frères Boris et Gaspard pour leur indéfectible soutien.

Enfin, je l'offre à ma fille Talitha pour son 8<sup>e</sup> anniversaire.

## **TABLE DES MATIERES**

RESUME.....	9
INTRODUCTION.....	11
MATERIEL ET METHODE.....	13
RESULTATS.....	15
1) Effectif total	
2) Données démographiques	
3) Comorbidités	
a. Consommation de produits psychoactifs	
b. Antécédents médicaux	
4) Déroulement de la crise suicidaire	
a. Facteurs déclenchants	
b. Moyens utilisés	
5) Devenir des patients	
DISCUSSION.....	19
1) Les facteurs de risque liés aux sociétés et aux systèmes de santé	
a. Les obstacles à l'accès aux soins de santé	
b. L'accès aux moyens de suicide	
2) Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations	
a. Les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits	
b. Les tensions liées à l'acculturation et au déplacement des populations	
c. Le sentiment d'isolement et le manque de soutien social	
d. La discrimination	
e. Les violences, les traumatismes et les abus	
f. Le conflit relationnel	
g. Vulnérabilité des femmes	
3) Les facteurs de risque individuels	
a. Les troubles mentaux	
b. L'usage nocif de l'alcool et autres substances psychoactives	
c. L'insécurité financière	
d. La douleur et les maladies chroniques	
CONCLUSION.....	24
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	25
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	26



## **RESUME**

**Introduction :** Les patients se présentant aux urgences pour tentatives de suicide (TS) sont habituels. L'impact psychologique et social, l'invalidité à long terme qui peut résulter des blessures, ainsi que le risque majeur de récurrence et de décès par suicide, font des TS un important défi en santé publique.

En Guyane française, région d'outre-mer d'Amérique Latine située entre le Surinam et le Brésil, la jeunesse, la migration récente, la précarité et le retard structurel en offre de soins sont des caractéristiques sociales impactant l'état de santé de la population.

Nous avons émis l'hypothèse que ce contexte particulier influencerait les processus suicidaires et leur prise en charge médicale.

**Objectif principal :** Identification des caractéristiques épidémiologiques des personnes accueillies aux urgences de Cayenne pour tentative de suicide afin de proposer des interventions en santé pertinentes.

**Méthode :** Notre étude observationnelle et rétrospective incluait 288 patients se présentant pour tentative de suicide aux urgences du centre hospitalier de Cayenne, sans limite d'âge, sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 août 2019.

Selon le modèle écologique proposé par l'OMS, nous avons discuté les données premièrement d'un point de vue sociétal, puis communautaire et enfin individuel.

**Résultats :** Plus d'un tiers des patients étaient nés à l'étranger, de provenances variées : Haïti, Brésil, Surinam, Guyana, République dominicaine, Sainte Lucie, Syrie. Le sexe ratio était de 0,43 soit plus de 2 femmes pour un homme. Dix-sept pour cent des patients étaient sous l'emprise d'un ou plusieurs produits psychoactifs lors de leur passage à l'acte suicidaire. L'intoxication médicamenteuse volontaire aux psychotropes ou aux analgésiques fut la méthode la plus utilisée. Trente-neuf pour cent des patients furent hospitalisés et 10% récidivèrent dans l'année.

**Conclusion :** Aux urgences de Cayenne, comme dans l'hexagone, les jeunes femmes, les migrants et les consommateurs de substances psychoactives font partie des populations les plus vulnérables. Une approche écologique adaptée à la complexité des comportements suicidaires et aux particularités de la population permet de définir des stratégies de prévention s'organisant à trois niveaux : sociétal, communautaire et individuel.

## **ABSTRACT**

**Introduction :** Patients presenting to the emergency department (ED) with suicide attempts (SA) are common. The psychological and social impact, the long-term disability that can result from the injuries, and the major risk of recurrence and death by suicide make SA a major public health challenge.

In French Guiana, an overseas region of Latin America located between Suriname and Brazil, youth, recent migration, precariousness, and structural backwardness in health care provision are social characteristics that impact the health status of the population.

We hypothesized that this particular context would influence individual suicidal processes and their medical management.

**Main objective :** To identify the epidemiological characteristics of persons admitted to the Cayenne emergency room for suicide attempts in order to propose relevant health interventions.

**Method :** Our observational and retrospective study included 288 patients presenting for suicide attempt to the emergency department of the Cayenne Hospital Center, without age limit, over the period from January 1, 2018 to August 31, 2019.

Following the ecological model proposed by the WHO, we discussed the data first from a societal, then community, and finally individual perspective.

**Results :** More than one third of the patients were foreign-born, from various origins : Haiti, Brazil, Surinam, Guyana, Dominican Republic, Saint Lucia, Syria. The sex ratio was 0.43, i.e. more than 2 women for every man. Seventeen percent of the patients were under the influence of one or more psychoactive substances at the time of their suicidal act. Voluntary drug intoxication with psychotropic drugs or analgesics was the most common method used. Thirty-nine percent of patients were hospitalized and 10% recurred within a year.

**Conclusion :** In the Cayenne emergency room, as in France, young women, migrants and substance users are among the most vulnerable populations. An ecological approach adapted to the complexity of suicidal behaviors and to the particularities of the population allows the definition of prevention strategies organized at three levels: societal, community and individual.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

TS : Tentative de suicide

OMS : organisation mondiale de la santé

CH : Centre hospitalier

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10e révision

IC : intervalles de confiance

IQ : Ecart interquartiles

$\sigma$  : déviation standard

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

OFDT : Office français des drogues et toxicomanies

Comede : Comité pour la santé des exilés

Ined : Institut national d'études démographiques

PTSD : Post-traumatic stress disorder

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

Figure 1 : Flowchart

Tableau 1 : Synthèse des résultats obtenus lors de l'analyse des dossiers des patients consultants aux urgences de Cayenne pour tentative de suicide en 2018 et 2019.

## INTRODUCTION

La tentative de suicide (TS) signe une détresse humaine, qui se détermine dans l'interaction de divers facteurs. C'est un processus morbide dans lequel l'autolyse semble être le seul moyen de communication disponible et parfois, la mort, la seule issue imaginée.

Selon l'OMS,<sup>1</sup> le terme tentative de suicide se réfère à tout comportement suicidaire non mortel et à l'acte d'auto-intoxication, d'automutilation et d'auto-agression avec intention de mourir ou pas.

Dans notre pays, en 2017, 4,7% des 18-75 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois.<sup>2</sup>

En raison de l'utilisation des services de santé pour soigner les blessures, de l'impact psychologique et social d'un tel comportement sur la personne concernée et ses proches et, parfois, de l'invalidité à long terme qui résulte des blessures, les tentatives de suicide font peser sur les communautés un lourd fardeau.<sup>1</sup>

Mais, plus important encore, un antécédent de tentative de suicide constitue le plus important facteur de prédiction d'un décès par suicide au sein de la population générale. En effet, la TS est un facteur pronostique fort de suicide, multipliant ce risque par 60 dans les cinq ans.<sup>3</sup> Ainsi, les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide présentent un risque bien plus élevé de se suicider que les personnes n'ayant jamais tenté de mettre fin à leurs jours.

Les situations de crise suicidaire en phase aiguë passent fréquemment aux urgences hospitalières, le plus souvent comme effet immédiat d'un passage à l'acte, mais aussi sous la forme d'une symptomatologie anxieuse, somatique ou toxicologique.<sup>4</sup> Ainsi l'analyse des dossiers médicaux des personnes suicidantes prises en soin aux urgences fournirait d'importantes informations pouvant aider à l'élaboration de stratégies de prévention du suicide.

La Guyane Française, située dans le secteur amazonien de l'Amérique du Sud, à 4° de latitude Nord, est bordée à l'Est par le fleuve Oyapock qui la sépare de l'Amapa (Brésil) ; et à l'Ouest par le fleuve Maroni, frontière naturelle avec le Surinam.

C'est un territoire politiquement stable. La croissance démographique, principalement due au solde naturel, est forte. Globalement le niveau de vie est élevé comparé aux pays limitrophes ; aussi, le solde migratoire est également positif et les personnes de nationalités étrangères représentaient 31,2 % de la population totale en 2017.<sup>5</sup> Toutefois la population guyanaise se caractérise, selon Hélène Duplan,<sup>6</sup> par une grande précarité et de fortes inégalités sociales.

Par ailleurs, les centres hospitaliers (CH) situés sur le littoral, à Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, proposent une capacité d'hospitalisation en psychiatrie inférieure de moitié par rapport à celle de la France hexagonale.<sup>6</sup>

Ainsi, nous avons émis l'hypothèse que la jeunesse, la migration récente, la précarité et le retard structurel en offre de soins, caractéristiques sociales impactant l'état de santé de la population guyanaise, influenceraient les processus suicidaires et leur prise en charge médicale.

Toutefois, une seule cause ou un seul facteur de stress ne permet généralement pas d'expliquer un acte suicidaire. Souvent, un cumul de plusieurs facteurs de stress vient accentuer la vulnérabilité d'une personne. Par conséquent, afin d'appréhender la complexité de ces comportements et de proposer des actions sanitaires adaptées, nous avons utilisé le modèle onusien d'analyse écologique,<sup>1</sup> évoluant des systèmes jusqu'aux individus.

L'objectif principal de notre étude était donc, d'identifier les caractéristiques épidémiologiques des personnes accueillies aux urgences de Cayenne pour tentative de suicide afin de proposer des interventions en santé pertinentes.

## **MATERIEL ET METHODE**

### **Schéma de l'étude :**

Nous avons réalisé une étude observationnelle et rétrospective et monocentrique.

### **Population :**

Nous avons sélectionné 354 patients, sans limite d'âge, admis aux urgences du centre hospitalier de Cayenne pour TS, sur la période du 1er janvier 2018 au 31 août 2019.

### **Critères d'inclusion :**

Nous avons considéré uniquement les tentatives de suicide, nos cas ont donc été accueillis vivants aux urgences et ne sont pas décédés durant leur séjour hospitalier. Les récurrences de TS ont été considérées comme un nouveau passage à l'acte.

L'ensemble des cas étaient issus du dossier médical informatisé. Ils ont été sélectionnés via le codage CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10<sup>e</sup> révision) du diagnostic de sortie, codé par le médecin urgentiste. Selon la CIM 10 les TS peuvent regrouper les intoxications et les lésions traumatiques que s'inflige délibérément un individu sous les codes X60 à X84 dans le sous-chapitre « lésions auto-infligées » du chapitre XX consacré aux causes externes de mortalité et de morbidité.

Afin de réduire le biais de recrutement, nous avons également effectué une recherche par circonstance de venue (texte libre noté par l'infirmière d'accueil et d'orientation). Nous avons recherché les termes « suicide, tentative de suicide, autolyse, phlébotomie, intoxication médicamenteuse volontaire ».

### **Critères d'exclusion :**

Les auto-intoxications et automutilations pour lesquelles le dossier médical rapportait un accident ou ne confirmait pas le caractère intentionnel de la TS, ainsi que les suicides aboutis ont été exclus.

### **Critère d'évaluation principal :**

Nous avons analysé les données concernant le profil démographique et le processus suicidaire des patients selon le modèle écologique proposé par l'OMS,<sup>1</sup> premièrement d'un point de vue sociétal, puis communautaire et enfin individuel.

### **Recueil de données :**

Nous avons recueilli, premièrement, des données démographiques, puis des variables sur le déroulement des crises suicidaires, et, enfin, des informations sur le devenir des patients après le passage aux urgences, incluant une recherche de récurrence durant un an.

L'âge, le sexe, le lieu de résidence, l'heure d'arrivée aux urgences et le pays de naissance, sont issus dans la partie administrative des dossiers médicaux. Les comorbidités psychiatriques ainsi que les antécédents personnels de TS sont codées par le médecin psychiatre (codage CIM 10). Les consommations de produits psychoactifs, ainsi que les facteurs déclenchants et les modes opératoires sont répertoriés par le médecin urgentiste ou par le psychiatre au cours des premières consultations. La trajectoire de soins est inscrite dans les dossiers médicaux lors de la sortie des urgences.

#### **Analyse statistique :**

Nous avons calculé le sexe ratio grâce au logiciel Excel de Microsoft. Les variables qualitatives sont présentées sous la forme de pourcentage et intervalles de confiance (IC) à 95% selon l'hypothèse d'une répartition suivant la loi Normale. Les variables quantitatives sont présentées sous la forme de médiane et écarts interquartiles (IQ) et de moyenne, déviation standard ( $\sigma$ ), minimum et maximum. Une comparaison de pourcentage réalisée au moyen de tests du Chi2 est présentée avec un seuil de significativité fixé à 5%.

#### **Respect des normes éthiques :**

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts. Cette thèse entrait dans le cadre réglementaire des « recherches internes », elle a été déclarée auprès du délégué à la protection des données de l'établissement et une information collective des participants a été réalisée par affichage.

## **RESULTATS**

Les résultats sont résumés à la fin de cette partie dans le Tableau 1 (page 18).

### **1) Effectif total**

Nous avons sélectionné 354 dossiers, 66 ont été exclus, soit 10 pour absence de caractère intentionnel, 3 pour suicides aboutis et 53 doublons.

Au total, nous avons comptabilisé 288 dossiers sur une période d'un an et 6 mois, en recherchant une récurrence durant un an après la TS. (Figure 1).

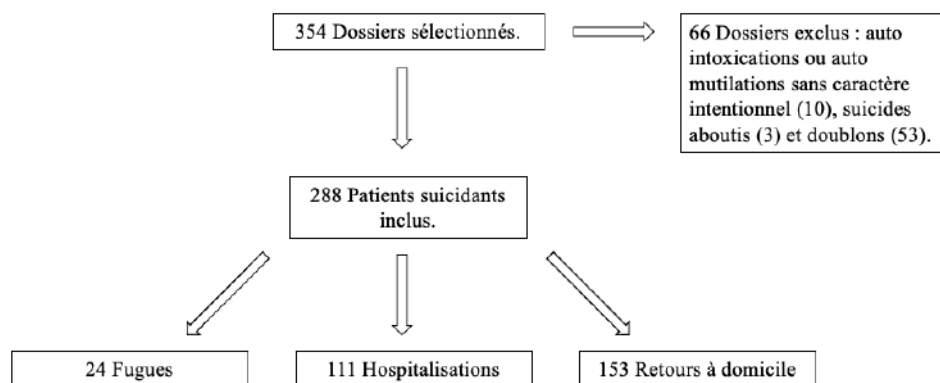


Figure 1 : Flowchart

### **2) Données démographiques**

Quatre-vingt-seize personnes étaient nées en Guyane, soit 33,3%, IC95% [27,9 ; 38,8] et 29 étaient nées en France hors de Guyane, soit 10,1%, IC95% [6,6 ; 13,5].

Cent deux patients étaient nés à l'étranger, soit 35,4%, IC95% [29,7 ; 41,1]. Quarante étaient nés à Haïti, 21 au Brésil, 10 au Surinam, 6 au Guyana, 5 en République Dominicaine, 2 à Sainte Lucie et 1 en Syrie. De plus, 61 patients, soit 21,2%, IC95% [16,5 ; 25,9], n'avaient aucun numéro de sécurité sociale inscrit dans leur dossier administratif. Leur pays de naissance n'a pas pu être identifié, mais il est probable qu'ils soient nés à l'étranger. Ainsi la proportion des patients nés à l'étranger consultant pour TS serait comprise entre 35,4%, et 56,6%.

L'âge médian était de 24 ans (IQ 17-35, étendue 10-90), 21,5 ans pour les femmes (IQ 16-33, étendue 10-84) et 29 ans pour les hommes (IQ 22-47, étendue 12-90).

La moitié des TS ont eu lieu avant l'âge de 25 ans (147 patients, soit 51%, IC95% [45,3 ; 56,8]). Chez les femmes, c'est entre 15 et 19 ans que la proportion de suicidants était la plus importante, concernant 51 personnes, soit 25,5% (IC95% [19,2 ; 31,2]). Chez les hommes, la tranche d'âge la plus touchée était celle des 25-29 ans, avec 18 personnes, soit 20,9% (IC95% [12,3 ; 29,5]).

Le sexe ratio global était de 0,43 soit un peu plus de 2 femmes pour un homme (202 femmes et 86 hommes).



### 3) Comorbidités

#### a. Consommation de produits psychoactifs

Cinquante patients (17,4%, IC95% [12,8 ; 22]) avaient consommé un ou plusieurs produits psychoactifs lors du passage à l'acte (alcool : 43, cannabis : 8, cocaïne : 5, héroïne : 2). L'alcool était le produit le plus répandu, soit 86% des consommations, IC95% [76,4 ; 95,6].

#### b. Antécédents médicaux

Un antécédent de tentative de suicide était retrouvé chez 63 personnes, soit 21,9% (IC95% [17,1 ; 26,6]), et une comorbidité psychiatrique était retrouvée chez 59 personnes, soit 20,5% (IC95% [15,8 ; 25,1]). Sur le plan nosographique, selon la terminologie CIM 10, 5 patients avaient un diagnostic de schizophrénie, troubles schizotypiques ou troubles délirants, 18 patients avaient un diagnostic de troubles de l'humeur, 13 patients avaient un diagnostic de troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes, 8 patients avaient un diagnostic de troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, un patient avait un retard mental grave et 14 patients avaient un diagnostic de troubles du comportement ou troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence.

Concernant les comorbidités somatiques chroniques associées à une TS, nous avons retrouvé une personne atteinte de la maladie de Paget et une autre personne infectée par le virus de l'immunodéficience humaine.

### 4) Déroulement de la Crise suicidaire

Plus de la moitié des TS ont été prises en charge durant la période de garde entre 18h et 8h (158 patients, soit 54,9%, IC95% [49,1 ; 60,6]).

#### a. Facteurs déclenchants

Les facteurs déclenchants exprimés durant les entretiens psychiatriques étaient : le contexte familial (n=112, soit 38,9%, IC95% [33,6 ; 44,5]), la déception amoureuse, conjugopathie ou sentiment de solitude (n=93, soit 32,3%, IC95% [26,9 ; 37,7]), les difficultés socio-économiques et juridiques (n=48, soit 16,7%, IC95% [12,3 ; 21]), la violence physique, psychologique ou sexuelle (n=40, soit 13,9%, IC95% [9,9 ; 17,9]) et enfin les problèmes de santé (n=16, soit 5,6%, IC95% [2,9 ; 8,2]). Plusieurs facteurs déclenchants pouvaient être exprimés.

Ainsi, les deux facteurs déclenchant les plus exprimés (n=205, soit 71,2%, IC95% [66 ; 76,4]) correspondaient à une problématique du lien affectif.

### **b. Moyens utilisés**

Les quatre principales méthodes utilisées pour les tentatives de suicide étaient les auto-intoxications médicamenteuses (n=132, soit 45,8%, IC95% [40 ; 51,6]), les produits ménagers (n=59, soit 20,5%, IC95% [15,8 ; 25,2]), la phlébotomie (n=57, soit 19,8%, IC95% [15,2 ; 24,4]) et la pendaison (n=40, soit 13,9%, IC95% [9,9 ; 17,9]).

L'utilisation de médicaments était significativement la méthode la plus utilisée.

D'autres méthodes étaient employées moins fréquemment : la défenestration (9 personnes), les armes à feu (3 patients), la noyade (2 personnes) et l'immolation par le feu (1 personne).

Les médicaments les plus souvent en cause dans les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) étaient les psychotropes (n=58, soit 20,1%, IC95% [15,5 ; 24,8]), dont majoritairement les anxiolytiques (n=48) de type benzodiazépine ou antihistaminique, ainsi que les analgésiques (n=45, soit 15,6%, IC95% [11,4 ; 19,8]) de type paracétamol (n=23), anti-inflammatoires non stéroïdiens (n=13) ou tramadol (n=9).

Vingt-huit patients avaient utilisé plusieurs spécialités médicamenteuses différentes lors de leur IMV.

Les médicaments utilisés n'ont pas été identifiés dans 27 cas.

### **5) Devenir des patients**

Cent-onze patients ont été hospitalisés, ce qui correspond à un taux d'hospitalisation de 38,5% (IC95% [32,9 ; 44,1]). Après une période de soins en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou pédiatrie, 75,7% des hospitalisations (IC95% [67,7 ; 83,7]) se sont poursuivies en service de psychiatrie, ce qui concernait 84 patients. Sept patients, soit 6,3% (IC95% [1,8 ; 10,8]) des hospitalisations ont nécessité une prise en charge en soins intensifs, 14 patients, soit 4,9% (IC95% [2,4 ; 7,3]), sont retournés en prison.

Nous avons compté 24 patients fugueurs, soit 8,3% (IC95% [5,1 ; 11,5]), l'âge médian était de 26 ans (IQ 20-33, étendue 12-53). Soixante-quinze pourcents des fugues se sont déroulées sur la garde (entre 18h et 8h) et nous n'avons constaté aucune récurrence de TS parmi la population de fugueurs. Toutefois ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs (respectivement : p=0,12 ; p=0,33).

Dix hommes et dix-neuf femmes (10,1% de notre effectif, IC95% [6,6 ; 13,5]) ont récidivé dans l'année de leur première TS (sexe ratio est de 0,53), le délai moyen était de 16 semaines ( $\sigma$  14, min 1, max 47). L'âge médian était de 24 ans (IQ 16-36, étendue 14-90).

*Tableau 1 : Synthèse des résultats obtenus lors de l'analyse des dossiers des patients consultants aux urgences de Cayenne pour tentative de suicide en 2018 et 2019.*

	<b>N=288</b>	<b>%</b>	<b>IC inf</b>	<b>IC sup</b>
<b>Données démographiques</b>				
Femmes	202	70,1	64,9	75,4
Hommes	86	29,9	24,6	35,2
Sexe ratio	0,43			
Moins de 25 ans	147	51,0	45,3	56,8
Nés à l'étranger	102	35,4	29,7	41,1
<b>Comorbidités</b>				
Usage d'un produit psychoactif	50	17,4	12,8	22,0
Alcool	43	14,9	10,8	19,1
Cannabis	8	2,8	0,9	4,7
Cocaïne	5	1,7	0,2	3,2
Héroïne	2	0,7	0,0	1,7
Antécédent de TS	63	21,9	17,1	26,6
Comorbidité psychiatrique	59	20,5	15,8	25,1
Comorbidité somatique	2	0,7	0,0	1,7
<b>Facteurs déclenchants</b>				
Contexte familial	112	38,9	33,6	44,5
Déception amoureuse, conjugopathie, solitude	93	32,3	26,9	37,7
Difficultés socio-économiques et juridiques	48	16,7	12,3	21,0
Violences physique, psychologique ou sexuelle	40	13,9	9,9	17,9
Problèmes de santé	16	5,6	2,9	8,2
<b>Moyens utilisés</b>				
Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV)	132	45,8	40,0	51,6
Psychotropes	58	20,1	15,5	24,8
Analgésiques	45	15,6	11,4	19,8
Auto-intoxication par des produits ménagers	59	20,5	15,8	25,2
Phlébotomie	57	19,8	15,2	24,4
Pendaison	40	13,9	9,9	17,9
Défenestration	9	3,1	1,1	5,1
Arme à feu	3	1,0	0,0	2,2
Noyade	2	0,7	0,0	1,7
Immolation	1	0,4	0,0	1,0
<b>Devenir des patients</b>				
Hospitalisation	111	38,5	32,9	44,1
Retour en prison	14	4,9	2,4	7,3
Fugue	24	8,3	5,1	11,5
Récidive dans l'année	29	10,1	6,6	13,5

(N = nombre, % = pourcentage de l'échantillon, IC inf = intervalle de confiance inférieur, IC sup = intervalle de confiance supérieur)

## **DISCUSSION**

### **1) Les limites de l'étude**

Cette étude rétrospective comporte un biais de sélection : le codage initial est supposé imparfait et les dossiers potentiellement incomplets, notamment concernant les antécédents médicaux et les consommations de produits psychoactifs.

Elle comporte également deux biais de recrutement : la proximité des cabinets de médecine libérale avec l'hôpital de Cayenne permet d'envisager un recours direct des patients ayant fait une TS, sans passage par les urgences. Par ailleurs, toutes les TS ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale.

### **2) Les facteurs de risque liés aux sociétés et aux systèmes de santé**

#### **a. Les obstacles à l'accès aux soins de santé**

Selon une étude d'Hélène Duplan,<sup>6</sup> le secteur hospitalier psychiatrique a une capacité d'hospitalisation en psychiatrie deux fois inférieure à celle de la France hexagonale autant chez les enfants que chez les adultes.

Nous calculons un taux d'hospitalisation de 39%. Or, en France métropolitaine, les données des services d'urgence entre 2007 et 2011 montraient que 64% des passages aux urgences pour TS étaient suivis d'hospitalisation.<sup>7</sup>

Toutefois, nous trouvons un taux de récurrence de 10% entre 2018 et 2020 à Cayenne, comme Chan-Chee au niveau national entre 2008 et 2017.<sup>8</sup> Néanmoins ce résultat est à nuancer en raison de l'épidémie de Covid 19 en 2020 qui a probablement réduit l'accès aux urgences hospitalières.

Les récurrences de TS sont un important défi en santé publique, elles sont des facteurs de risque majeurs de décès dans les années suivant le passage à l'acte suicidaire.<sup>9, 10</sup>

Ainsi, mis en place en 2021 en Guyane, le dispositif Vigilans propose aux patients d'être recontactés par téléphone à 2 semaines, 3 mois et 6 mois de leur passage à l'acte afin d'évaluer leur état psychologique et de faciliter leur accès aux soins si nécessaire. Ce dispositif a montré son efficacité pour diminuer la récurrence de tentative de suicide.<sup>11</sup>

Par ailleurs, notre étude rapporte que 54% des TS sont prises en charge durant la période de garde entre 18h et 8h, montrant le rôle central de l'équipe assurant la permanence des soins aux urgences.

Concernant les fugues, nous n'avons pas retrouvé d'étude statistique sur cet événement dans des prises en charges hospitalières permettant de confronter nos données.

### **b. L'accès aux moyens de suicide**

Nous avons montré que l'utilisation de médicaments, principalement psychotropes et analgésiques était significativement la méthode la plus utilisée.

Dans le même sens que nos résultats, une étude de 2008 sur les intoxications volontaires signalées aux centres antipoison français montre que la classe thérapeutique le plus souvent en cause était celle des psycholeptiques (45,8 %), comprenant les antipsychotiques, les anxiolytiques, les hypnotiques et les sédatifs.<sup>12</sup> La deuxième était celle des analgésiques (13,4 %) et la troisième celle des psychoanaleptiques (11,7 %), comprenant les antidépresseurs et les psychostimulants.

Face à ce facteur de risque, les professionnels de santé peuvent jouer un rôle crucial en limitant le volume de médicaments prescrits, en informant les patients et leurs familles quant aux risques associés aux traitements médicamenteux, et en mettant l'accent sur l'importance de respecter les doses prescrites et de jeter les médicaments non utilisés.

## **3) Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations**

### **a. Les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits**

Dans une étude réalisée au Brésil en 2018 sur 66 migrants Haïtiens, les patients décrivaient un grand nombre d'évènements traumatiques (2.1 évènements / patients) survenus dans leurs vies, principalement en pré migration, parmi lesquelles le tremblement de terre de 2010 était le plus fréquemment cité, ainsi qu'une mort non naturelle dans l'entourage ou un emprisonnement.<sup>13</sup>

### **b. Les tensions liées à l'acculturation et au déplacement des populations**

Dans notre échantillon, la proportion des patients nés à l'étranger consultant pour TS serait comprise entre 35,4 et 56,6%. Nous ne connaissons pas leur statut juridique.

Diab, dans sa thèse de médecine réalisée en 2018,<sup>14</sup> sur l'état de santé et l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires de Syrie en Guyane française montre de nombreuses barrières à l'accès aux soins notamment des difficultés de communication avec les soignants, des difficultés socio-économiques et un faible recours au médecin de ville.

Ariane Bach, dans sa thèse de médecine soutenue en 2018,<sup>15</sup> rapportait les propos de jeunes adolescentes haïtiennes (12-18 ans) migrantes ayant été hospitalisées pour TS à Cayenne. Les jeunes migrantes interrogée par Ariane Bach, n'étaient pas auteur de leur départ, celui-ci ayant été orchestré par la famille. Ce départ non préparé, a été traumatique et vécu comme un arrachement familial et géographique.

### **c. Le sentiment d'isolement et le manque de soutien social**

Une de patientes du Dr Bach exprimait une sensation d'avoir été « zombifiée ». <sup>15</sup> Cette image fantasmatique est ancrée dans les croyances vaudou<sup>a</sup>. Cette image a une dimension symbolique forte, car dans le schéma du zombi haïtien, il s'agit d'une mort sociale, c'est-à-dire d'une personne en errance, volontairement exclue de la société, soit parce qu'elle a fait du mal, soit parce qu'elle ne présente plus d'intérêt.

### **d. La discrimination**

Selon l'OMS,<sup>1</sup> les demandeurs d'asile, ainsi que les personnes détenues et les personnes qui se déclarent lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées, peuvent être victimes de discrimination pouvant susciter une conduite suicidaire.

Selon Vincent Hassanaly, dans sa thèse de médecine réalisée en 2019,<sup>16</sup> le nombre de demandeurs d'asile en Guyane française a été multiplié par plus de cinq entre 2014 et 2017, la plupart étaient originaires d'Haïti (88.9%).

Dans notre étude, 4,9% (IC95% [2,4 ; 7,3]) des patients étaient retourné en prison à leur sortie des urgences.

Au sujet de l'orientation sexuelle, nous n'avons aucune donnée.

### **e. Les violences, traumatismes et abus**

Quarante patients, soit 13,9% (IC95% [9,9 ; 17,9]), évoquent des violences physiques, psychologiques ou sexuelles comme facteur déclenchant leur TS.

Selon le baromètre de santé publique France,<sup>2</sup> en 2017, les violences sexuelles subies au cours de la vie multipliaient par 4,5 chez les hommes et 3,5 chez les femmes le risque de TS, les climats familiaux violents par 2,2 pour les deux sexes.

Selon Vincent Hassanaly,<sup>16</sup> lors de la consultation médicale d'accueil des migrants réalisée par la Croix-Rouge-Française, 60% des personnes déclaraient avoir subi des violences (n=162/270) durant leur parcours. Parmi les formes de violence recensées chez les migrants au Mexique, on compte les vols, les blessures, les enlèvements, l'abus d'autorité, l'intimidation, la privation de liberté, les menaces, la discrimination, la violence sexuelle et les homicides.<sup>17</sup>

---

<sup>a</sup> Le Vaudou est un ensemble de croyance et de rites d'origine africaine qui, étroitement mêlés à des pratiques catholiques, constitue la religion d'une grande partie des Haïtiens. Certains « rituels du vaudou Haïtien » ont une visée explicitement thérapeutique, avec en outre comme action bienfaitrice de sortir le sujet de l'isolement, de le nourrir d'amour et d'espoir.

#### **f. Le conflit relationnel**

Les facteurs déclenchants retrouvés dans 71% de l'échantillon correspondent à une problématique affective au sein de la sphère familiale ou conjugale. Selon le baromètre de santé publique France,<sup>2</sup> en 2017, les deux principales raisons déclarées par les personnes pour expliquer leur geste suicidaire étaient « familiales » (49,2%) et « sentimentales » (40,8%).

#### **g. Vulnérabilité des femmes**

Le sexe ratio global calculé dans notre étude est de 0,43 soit un peu plus de 2 femmes pour un homme et la moitié des TS ont eu lieu avant l'âge de 25 ans (147 patients, soit 51%, IC95% [45,1 ; 56,9]).

Les statistiques nationales et mondiales indiquent que les TS chez les femmes sont 3 fois plus fréquentes que chez les hommes.<sup>18</sup> L'analyse régionale globale des TS chez les femmes révèle les mêmes tendances.<sup>19</sup> De plus, l'enquête ESCAPAD menée par l'Office Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) et Santé Publique France,<sup>20</sup> a mis en lumière la situation préoccupante des jeunes filles françaises âgées de 15 à 19 ans face aux TS.

Dans leur thèse de médecine réalisée en 2022, Victoire Menseau montre que 86.8% des cas de violences sexuelles consultants à Cayenne, étaient des femmes d'âge médian 13 ans,<sup>21</sup> et Margaux Fouillet décrit que 92,9% des violences conjugale examinées sur réquisition étaient des femmes d'âge moyen 33 ans.<sup>22</sup>

### **4) Les facteurs de risque individuels**

Les facteurs de risque individuels sont liés à la probabilité qu'une personne développe des comportements suicidaires. Les plus fréquemment associés au suicide sont les troubles dépressifs et les conduites addictives, en particulier celles liées à l'alcool.<sup>23</sup>

Dans cette étude, nous avons trouvé un antécédent de tentative de suicide chez 63 personnes, soit 21,9% (IC95% [17,1 ; 26,7]) et une comorbidité psychiatrique chez 59 personnes, soit 20,5% (IC95% [10,2 ; 30,8]). De plus, 17% des patients étaient sous l'emprise d'un ou plusieurs produits psychoactifs lors de leur TS, l'alcool étant le produit le plus consommé.

#### **a. Les troubles mentaux**

En 2019, Chan-Chee révélait l'existence d'une pathologie psychiatrique dans 61% des séjours pour TS dans les hôpitaux français.<sup>8</sup> Les pathologies le plus fréquemment notées étaient la dépression (32%), les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (23%) et les troubles anxieux (10%). Les autres troubles psychiatriques étaient plus rarement notés : troubles psychotiques (3%), troubles bipolaires (2%), troubles de l'alimentation (0,7%). Ainsi, selon

Zalsman,<sup>24</sup> la prise en charge précoce et le traitement des troubles dépressifs sont parmi les actions de prévention des actes suicidaires qui ont prouvé leur efficacité.

Par ailleurs, chez les migrants, l'importance des troubles psychiques a été confirmée par les études du Comité pour la santé des exilés (Comede) et de l'Institut national d'études démographiques (Ined).<sup>25</sup> En effet, 36 % des diagnostics posés par les médecins du Comede concernent la santé mentale, les troubles de stress post-traumatique (Post-traumatic stress disorder, PTSD) sont les plus fréquemment diagnostiqués (68 %), puis les syndromes dépressifs (22 %) et les troubles anxieux (8 %).

Chez les mineurs non accompagnés, la très grande fréquence du PTSD a été établie comparativement aux mineurs migrants accompagnés d'au moins un parent : 64,7 % contre 36,7 % dans une étude menée en Allemagne,<sup>26</sup> de même que la persistance de ces troubles au fil du temps et leur aggravation lorsque la minorité ou le statut de réfugié ne sont pas reconnus.<sup>27</sup>

#### **b. L'usage nocif de l'alcool et autres substances psychoactives**

Tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent le risque de suicide.<sup>28</sup> Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50% de tous les cas de suicide.<sup>29</sup> Au total, 22% de tous les décès par suicide peuvent être attribués à la consommation d'alcool, ce qui signifie qu'un cinquième des suicides ne surviendraient pas si la population ne buvait pas d'alcool.<sup>30</sup>

#### **c. L'insécurité financière**

Ce facteur de risque est associé à un risque accru de suicide en cas de comorbidité avec d'autres facteurs de risque tels que la dépression, l'anxiété, la violence et l'usage nocif de l'alcool.<sup>31</sup>

La croissance démographique guyanaise est très forte (+2,5% en moyenne par an entre 2011 et 2016). Cette vigueur démographique est principalement portée par un solde naturel positif, qui s'élevait à 28 850 naissances sur la période 2011-2016.<sup>5</sup> En Guyane, l'insertion sur le marché du travail est particulièrement difficile. 54,9% des plus de 15 ans ont au plus le brevet des collèges ou niveau équivalent. En 2016, le taux de chômage s'élève à 21,8% de la population active et 38,3% des personnes en âge de travailler sont inactives. Le taux de chômage est encore plus élevé chez les femmes (40% au sens du recensement), particulièrement les jeunes femmes (61,7%).<sup>32</sup>

L'âge médian des patients admis pour TS aux urgences de Cayenne en 2018-2019 était de 24 ans (21,5 ans pour les femmes et 29 ans pour les hommes). Selon le baromètre de santé publique France, en 2017, il était de 25 ans (24 ans pour les femmes et 27 ans pour les hommes) sur l'ensemble du territoire national.<sup>2</sup>



**d. La douleur et les maladies chroniques**

Tang montre que les comportements suicidaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques comparativement à la population générale.<sup>33</sup> Nous recensons deux personnes présentant une maladie chronique dans notre échantillon.

## CONCLUSION

Aux urgences de Cayenne, comme dans l'hexagone, les jeunes femmes, les migrants et les consommateurs de substances psychoactives font partie des populations les plus vulnérables. Une approche écologique, adaptée à la complexité des comportements suicidaires et aux particularités de la population, permet de définir des stratégies de prévention s'organisant à trois niveaux :

**Sur le plan sociétal**, l'instruction en santé est l'un des meilleurs moyens d'améliorer l'accès aux services de santé mentale, de diminuer la stigmatisation liée aux troubles mentaux et également de réduire les risques liés à l'usage d'alcool et de drogue.<sup>1</sup>

Les professionnels de santé peuvent également inciter les patients et leur entourage à éviter un mésusage des médicaments.

De plus, la couverture médiatique du suicide ainsi que les stratégies virtuelles de prévention sur les médias sociaux peuvent également contribuer à réduire le nombre de passages à l'acte.<sup>34</sup>

**Sur le plan communautaire**, le taux élevé des TS chez les jeunes et particulièrement les jeunes femmes nécessiterait un dépistage et des actions de prévention accrues durant la scolarité.

Pour les migrants, la consultation médicale d'accueil des demandeurs d'asile, pourrait permettre de dépister les troubles psychiatriques et amorcer une prise en soin précoce.

**Sur le plan individuel**, la majorité des facteurs déclenchants retrouvés proviennent d'une problématique affective au sein de la sphère familiale ou conjugale.

Par ailleurs, en regard de la forte comorbidité de l'usage de produits psychoactifs, en particulier l'alcool, une évaluation systématique du risque suicidaire devrait être proposée aux patients consommateurs.

En outre, le dispositif Vigilans permet de lutter efficacement contre les récidives.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2014 [cité 6 août 2022]. 89 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
2. Léon C, Chan-Chee C, Roscoät E du. Santé Publique France Health Barometer 2017: suicidal attempts and suicidal ideation among the 18-75 years-old. Bull Épidémiologique Hebd. 2019;(No.3/4):38-47.
3. Chan Chee C, Paget LM. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 sept 2017;65(5):349-59.
4. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge (Conférence de consensus). Haute Autorité en Santé; 2000.
5. Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2022 | Insee [Internet]. [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
6. Duplan H, Sanna, Rousseau C, de Bort C. Focus. Géographie, démographie et offre de soins en Guyane. Bull Epidémiol Hebd. 2020;698-702.
7. Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. St-Maurice Inst Veille Sanit. 2014;1-51.
8. Chan-Chee C. Hospitalizations for attempted suicide in acute care facilities in France: trends between 2008 and 2017. Bull Épidémiologique Hebd. 2019;(No.3/4):48-54.
9. Christiansen E, Frank Jensen B. Risk of Repetition of Suicide Attempt, Suicide or all Deaths after an Episode of Attempted Suicide: A Register-Based Survival Analysis. Aust N Z J Psychiatry. 1 mars 2007;41(3):257-65.
10. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE. 28 févr 2014;9(2):e89944.

11. Fossi Djembi L. Evaluation de l'efficience sur la répétition suicidaire d'un algorithme de veille post-tentative dans la région Nord-Pas-de-Calais : dispositif Vigilans [Internet] [thesis]. <http://www.theses.fr>. université Paris-Saclay; 2021 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2021UPASR023>
12. Cochet VA, Guyodo G. Les intoxications signalées aux centres antipoison français en 2006. *Rev Prat.* 2008;58.
13. Brunnet AE, Bolaséll LT, Weber JL, Kristensen CH. Prevalence and factors associated with PTSD, anxiety and depression symptoms in Haitian migrants in southern Brazil. *Int J Soc Psychiatry.* 1 févr 2018;64(1):17-25.
14. Diab F. Évaluation de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires du Moyen-Orient en Guyane Française [Internet]. 2017 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01714666>
15. Bach A. La genèse des troubles psychiatriques chez des adolescentes Haïtiennes en Guyane Française : une étude qualitative à partir du récit pré migratoire, migratoire et post migratoire [Internet]. 2018 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <http://www.informie.net/spip.php?article5619>
16. Hassanaly V. État de santé des demandeurs d'asile pris en charge en Guyane française en 2017-2018 [Internet]. 2019 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03122086>
17. Faret L. Migrations de la violence, violence en migration. Les vulnérabilités des populations centraméricaines en mobilité vers le Nord. *remi.* 1 oct 2020;36(1):31-52.
18. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2014 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et>
19. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2016 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales>

20. Janssen E, Stanislas S, Du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2019;3-4.
21. Menseau V. Description épidémiologique et évaluation de la prise en charge des victimes de violences sexuelles au centre hospitalier de Cayenne. 2022. Faculté de médecine des Antilles et de la Guyane.
22. Fouillet M. Etude descriptive rétrospective à propos des victimes de violences conjugales examinées au sein de l'unité médico-judiciaire du centre hospitalier de Cayenne du 1<sup>er</sup> juin 2019 au 31 décembre 2020. 2022. Faculté de médecine des Antilles et de la Guyane.
23. Batt A, Bellivier F, Delatte B, Spreux-Varoquaux O. Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2005 [cité 6 août 2022] p. 199. Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570668>
24. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 1 juill 2016;3(7):646-59.
25. Rapport d'observation et d'activité [Internet]. Comité pour la santé des exilés; 2017 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://www.comede.org/rapport-dactivite/>
26. Müller LRF, Büter KP, Rosner R, Unterhitzberger J. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 30 janv 2019;13(1):8.
27. Jakobsen M, DeMott MAM, Wentzel-Larsen T, Heir T. The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open.* 1 juin 2017;7(6):e015157.
28. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *Am J Psychiatry.* 1996;153(8):1009-14.

29. Schneider B. Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. *Arch Suicide Res.* 15 oct 2009;13(4):303-16.
30. Global Status Report on Alcohol and Health, 2014. World Health Organization. 389 p.
31. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 17 sept 2013;347:f5239.
32. Population active, emploi et chômage au sens du recensement en 2016 – Département de la Guyane (973) | Insee [Internet]. [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4177135?geo=DEP-973>
33. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* mai 2006;36(5):575-86.
34. Towards evidence-based suicide prevention programmes. World Health Organization; 2010.

**NOM ET PRENOM :** GEOFFROY SWANN

**SUJET DE LA THESE :** Analyse des cas de tentative de suicide reçus aux urgences de Cayenne.

**ANNEE :** 2022

**NUMERO D'IDENTIFICATION :**

**MOTS CLEF :** Tentative de suicide, Autolyse, Automutilation, Auto-intoxication, Guyane Française, Cayenne.

**RESUME :**

**Introduction :** Les patients se présentant aux urgences pour tentatives de suicide (TS) sont habituels. L'impact psychologique et social, l'invalidité à long terme qui peut résulter des blessures, ainsi que le risque majeur de récurrence et de décès par suicide, font des TS un important défi en santé publique. En Guyane française, région d'outre-mer d'Amérique Latine située entre le Surinam et le Brésil, la jeunesse, la migration récente, la précarité et le retard structurel en offre de soins sont des caractéristiques sociales impactant l'état de santé de la population. Nous avons émis l'hypothèse que ce contexte particulier influencerait les processus suicidaires et leur prise en charge médicale.

**Objectif principal :** Identification des caractéristiques épidémiologiques des personnes accueillies aux urgences de Cayenne pour tentative de suicide afin de proposer des interventions en santé pertinentes.

**Méthode :** Notre étude observationnelle et rétrospective incluait 288 patients se présentant pour tentative de suicide aux urgences du centre hospitalier de Cayenne, sans limite d'âge, sur la période du 1er janvier 2018 au 31 août 2019. Selon le modèle écologique proposé par l'OMS, nous avons discuté les données d'abord d'un point de vue sociétal, puis communautaire et enfin individuel.

**Résultats :** Plus d'un tiers des patients étaient nés à l'étranger, de provenances variées : Haïti, Brésil, Surinam, Guyane, République dominicaine, Sainte Lucie, Syrie. Le sexe ratio était de 0,43 soit plus de 2 femmes pour un homme. Dix-sept pour cent des patients étaient sous l'emprise d'un ou plusieurs produits psychoactifs lors de leur passage à l'acte suicidaire. L'intoxication médicamenteuse volontaire aux psychotropes ou aux analgésiques fut la méthode la plus utilisée. Trente-neuf pour cent des patients furent hospitalisés et 10% récidivèrent dans l'année.

**Conclusion :** Aux urgences de Cayenne, comme dans l'hexagone, les jeunes femmes, les migrants et les consommateurs de substances psychoactives font partie des populations les plus vulnérables. Une approche écologique adaptée à la complexité des comportements suicidaires et aux particularités de la population permet de définir des stratégies de prévention s'organisant à trois niveaux : sociétal, communautaire et individuel.

**DIRECTEUR :**

**Docteur Rémi MUTRICY**, Service des urgences, Centre Hospitalier de Cayenne.

**JURY :**

**Professeur Antoine ADENIS (président)**, épidémiologie, économie de la santé et prévention, Centre Hospitalier de Cayenne.

**Docteur Caroline JANVIER**, médecin cheffe du pôle psychiatrie, Centre Hospitalier de Cayenne.

**Docteur Haroun ZOUAGHI**, Médecin coordinateur du centre ressource prévention suicide, Centre Hospitalier de Cayenne

**ADRESSE DU CANDIDAT :** 80 rue Victor Schoelcher 97300 Cayenne.