



HAL
open science

Le risque suicidaire en Guadeloupe : quelle réalité en population générale ? Quelles stratégies de prévention ?

Cécile Océane Marie Jean-Baptiste

► To cite this version:

Cécile Océane Marie Jean-Baptiste. Le risque suicidaire en Guadeloupe : quelle réalité en population générale ? Quelles stratégies de prévention ?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01543501

HAL Id: dumas-01543501

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01543501v1>

Submitted on 20 Jun 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**LE RISQUE SUICIDAIRE EN GUADELOUPE :
QUELLE REALITE EN POPULATION GENERALE?
QUELLES STRATEGIES DE PREVENTION ?**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe
BASTARAUD Université des Antilles
au Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France

le 5 Décembre 2016

Par

Mlle JEAN-BAPTISTE Cécile Océane Marie

Examineurs de la thèse :

Président du Jury: Monsieur le Professeur JEHEL

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur EYNAUD

Monsieur le Professeur Emerite CHARLES-NICOLAS

Monsieur le Professeur CABRE

Sommaire

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS..... | 4 |
| ABREVIATIONS..... | 6 |
| I INTRODUCTION..... | 10 |
| II PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS..... | 14 |
| III LE CONSTAT EN GUADELOUPE..... | 17 |
| III -1 Les chiffres du suicide (ORSAG)..... | 17 |
| III -2 Le risque suicidaire estimé par le baromètre santé..... | 17 |
| III -2 -1 Matériels Méthodes..... | 17 |
| III -2 -2 Résultats..... | 19 |
| III -3 Le risque suicidaire estimé par l'enquête SMPG..... | 22 |
| III -3 -1 Matériels Méthodes..... | 22 |
| III -3 -2 Résultats..... | 24 |
| A Le risque suicidaire : caractéristiques socio-démographiques..... | 24 |
| B Le risque suicidaire et les pathologies décelées au MINI28..... | 28 |
| C Le risque suicidaire et les troubles de l'humeur et les troubles dépressifs | 29 |
| D Le risque suicidaire et les troubles psychotiques..... | 30 |
| E Le risque suicidaire et les addictions..... | 30 |
| F Le risque suicidaire et les troubles anxieux..... | 30 |
| G Le risque suicidaire et insomnie..... | 30 |

| | |
|---|----|
| H Risque suicidaire : parcours de soins..... | 31 |
| IV Les représentations..... | 38 |
| IV -1 Les représentations des personnes à risque suicidaire dans la population générale..... | 38 |
| IV -2 Les représentations des soins en Guadeloupe et dans les DOM..... | 39 |
| V DISCUSSION..... | 41 |
| V - 1 Limites de l'étude..... | 41 |
| V - 2 Les stratégies de prévention..... | 42 |
| VI CONCLUSION..... | 47 |
| VII BIBLIOGRAPHIE..... | 49 |
| VIII ANNEXES..... | 53 |
| ANNEXE 1 : La fiche suicide de SMPG | 54 |
| ANNEXE 2 : Le serment d'Hippocrate..... | 55 |
| IX LISTE DES ENSEIGNANTS A L'UNIVERSITE DES ANTILLES 2016/2017...56 | |
| X IMPRIMATUR..... | 62 |

Ne demandez jamais quelle est l'origine d'un homme;
interrogez plutôt sa vie et vous saurez ce qu'il est.

Abd El-Kader (1808 - 1883)

Heureux qui, comme Ulysse, a fait un beau voyage,
Ou comme cestuy-là qui conquit la toison,
Et puis est retourné, plein d'usage et raison,
Vivre entre ses parents le reste de son âge !

Quand reverrai-je, hélas, de mon petit village
Fumer la cheminée, et en quelle saison
Reverrai-je le clos de ma pauvre maison,
Qui m'est une province, et beaucoup davantage ?

Plus me plaît le séjour qu'ont bâti mes aïeux,
Que des palais Romains le front audacieux,
Plus que le marbre dur me plaît l'ardoise fine :

Plus mon Loire gaulois, que le Tibre latin,
Plus mon petit Liré, que le mont Palatin,
Et plus que l'air marin la douceur angevine.

Heureux qui, comme Ulysse, a fait un beau voyage,
Joachim DU BELLAY (1522-1560)

Remerciements

Je remercie mon directeur de thèse, le Dr Michel Eynaoud, médecin au DIM du CHS de Montéran en Guadeloupe, pour ses conseils, son aide immense, sa patience envers moi et sa grande connaissance de la Guadeloupe.

Je remercie le Professeur Louis JEHEL, coordinateur du DES de psychiatrie aux Antilles-Guyane, pour son encadrement lors de mon cursus d'internat et son implication dans la recherche pour le bassin caribéen.

Je remercie le Professeur Charles Nicolas, ancien coordinateur du DES de psychiatrie Antilles-Guyane, pour avoir initié une dynamique forte de psychiatrie aux Antilles-Guyane . Votre contact reste toujours aussi chaleureux auprès des internes.

Je remercie le Professeur Cabre, professeur en neurologie pour sa participation à mon jury de thèse. Nos deux spécialités ont été liées un jour et aujourd'hui sont complémentaires.

Je remercie toutes les personnes impliquées dans la réalisation des deux enquêtes SMPG en Guadeloupe et Baromètre Santé-Dom car grâce à elles des données existent aux Antilles, ce qui permettra dans le futur une meilleure prise en charge des patients.

Je remercie mes parents Colette et René, et ma soeur Aurore, pour leur soutien sans faille tout au long de mes études.

Je remercie ma grand-mère Maria, qui aurait été fière de sa petite-fille.

Je remercie ma famille élargie, rencontrée au gré des déménagements aux Antilles et ailleurs, qui m'a accueillie à bras ouverts.

Je remercie le Professeur Moro pour m'avoir donné goût à la psychiatrie transculturelle et à la pathologie adolescente.

Je remercie l'ensemble de mes amis pour tout ces moments de vie : Kim, Laura, Gaëlle, Guillaume, les Charlènes, Delphine, Eva, Jessica, Christine, Eric, Loriane, Stéphanie, Céline, Roxane, Martha, Romain etc.....

Je remercie l'ensemble des équipes médicales, paramédicales et non médicales que j'ai eu le bonheur de croiser car le métier de psychiatre s'apprend en partie grâce à eux.

Je remercie l'ensemble des équipes médicales que j'ai eu l'occasion de rencontrer et qui ont bien voulu me transmettre leurs connaissances.

Je remercie la faculté Antilles-Guyane d'exister et de m'avoir permis de faire cet internat oh combien compliqué mais oh combien enrichissant sur le plan personnel.

ABREVIATIONS

CCOMS: Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

CIDI: Composite International Diagnostic Interview

CIM-10: Classification Internationale des Maladies (version 10)

DREES: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM V: Diagnostic and Statistical Manual (version 5)

ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mentale Disorders

HAS: Haute Autorité de Santé

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ORSAG: Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe

SMPG: Enquête: « Santé Mentale en Population Générale: images et réalité »

RESUME

Objectifs : décrire les données de l'enquête Baromètre Santé-Dom 2014 de l'enquête Santé mentale en population générale de 2014 en Guadeloupe (SMPG2) sur le risque suicidaire afin de décrire les caractéristiques socio démographiques et les parcours de soins des personnes concernées, d'en dégager des axes de prévention spécifique ou non à la Guadeloupe par rapport à la Métropole

Matériel et méthodes : L'étude Baromètre santé Dom 2014 est une étude multicentrique, épidémiologique observationnelle qui s'est déroulé entre avril et novembre 2014 par téléphone sur plusieurs sujets de santé publique dont la santé mentale, et notamment les idées suicidaires et les tentatives de suicide. 2024 personnes ont été incluses.

L'enquête « santé mentale en population générale (SMPG) : images et réalités » est une recherche internationale multicentrique qui s'est déroulé en 2014 sur un échantillon représentatif de la population guadeloupéenne sélectionné par la méthode des quotas. Elle s'est basé sur un questionnaire socio-anthropologique et un questionnaire clinique, le MINI. 884 personnes ont été incluses. Elle a pour but de décrire les représentations au sujet des personnes ayant des problèmes mentaux dans la population générale et d'y détecter les personnes ayant des troubles psychiques.

Résultats : L'étude baromètre Santé montre que les idées suicidaires et les tentatives de suicides concernent plus particulièrement les femmes(6%), les jeunes(5%), les personnes isolées (6%) et les personnes nées en métropole (9%). Mais ce phénomène bien que moins important qu'en France hexagonale semble non négligeable. Il ne dégage pas de cause évidente ni particulière nécessitant une prise en charge spécifique dans les DOM.

L'enquête SMPG montre une différence significative entre la prévalence du risque suicidaire en Guadeloupe versus la Métropole 9.05%; IC95% [7.2%-10.9%] ($p = 0,000069$). Le risque suicidaire touche autant les hommes (8,7%) que les femmes (9,4%). Ce sont les jeunes qui sont le plus concernés (14,4% chez les moins de 29ans, 11,1% pour les trentenaires), ainsi que les célibataires (13,1%), les niveaux scolaires faibles, les chômeurs (18,1%). 36% des personnes présentant une pathologie décelée par le MINI présentent un risque suicidaire. Les liens entre trouble dépressif représentent 28%. La majorité des personnes n'ont pas le sentiment d'être malade (69,2%) et les traitements les plus utilisés et poursuivis sont le conseil des proches

Conclusion : Les attitudes de préventions utilisées en métropole semblent adaptées pour la Guadeloupe. La différence de prévalence du risque suicidaire entre la Guadeloupe et la Métropole est significative. Il semble que les efforts de développement des différents axes d'action et de prévention tels que préconisés dans la conférence de consensus ont leur place dans cette région du monde. Il ne faut cependant pas négliger l'intérêt de prendre en compte les particularités culturelles afin de mieux appréhender et toucher la population des actions de prévention.

Mots-clés : risque suicidaire, Guadeloupe, psychiatrie, enquête, population générale, prévention, tentative de suicide

I INTRODUCTION

La dépression est un problème majeur de santé publique à travers le monde affectant environ 450 millions de personnes. Les troubles mentaux sont la deuxième cause de retentissement économique après les risques cardio-vasculaires. Au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère qu'en 2020, la dépression sera l'affection qui, après les maladies cardiovasculaires, entraînera les plus gros coûts de santé et sera la première cause d'incapacité en 2030. En France, la part de dépenses consacrées aux troubles mentaux dans le coût total des services de santé se situerait entre 20 et 25% en ne tenant que compte des hospitalisations. Les souffrances engendrées par les problèmes de santé mentale ainsi que les répercussions économiques et sociales sont considérables. Aujourd'hui le lien entre trouble dépressif et risque suicidaire n'est plus à mettre en doute et dans de nombreux pays, les axes de prévention pour troubles dépressifs et crises suicidaires sont complémentaires (35, 36, 37).

Le risque suicidaire est un problème de santé publique, en effet le suicide est la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route chez les jeunes ainsi qu'une des premières causes de mortalité chez les personnes actives (19). L'étude de Savannah et al en 2003 montre que près de 90% des suicidés présentent au moins un trouble mental : dans plus de la moitié des cas ce sont des troubles dépressifs, de même pour les troubles addictifs et enfin ceux qui combinerait un trouble mental et un trouble addictif seraient entre 47 et 74%. D'après une étude canadienne (36), ce type de population à fort risque suicidaire ne consulte pas les professionnels de santé. Selon la HAS, la France est l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide. Chaque année plus de 10400 personnes

décèdent par suicide, soit environ 16 personnes pour 100 000 (12) (figure 1). Presque 1 décès sur 50 est un suicide en France dont 60% présenterait une dépression (43).

D'après l'étude ESEMED, la prévalence sur la vie est de 12,4% pour les idées suicidaires et de 3,4% pour les tentatives de suicides (9) et Kessler et al ont montré que le risque de progression des idées suicidaires vers le scénario et la tentative de suicide est maximal durant la première année d'apparition de l'idéation (31). La fréquence de l'idéation et des conduites suicidaires en France est associée au jeune âge, au sexe féminin et à la présence d'un trouble psychiatrique (47).

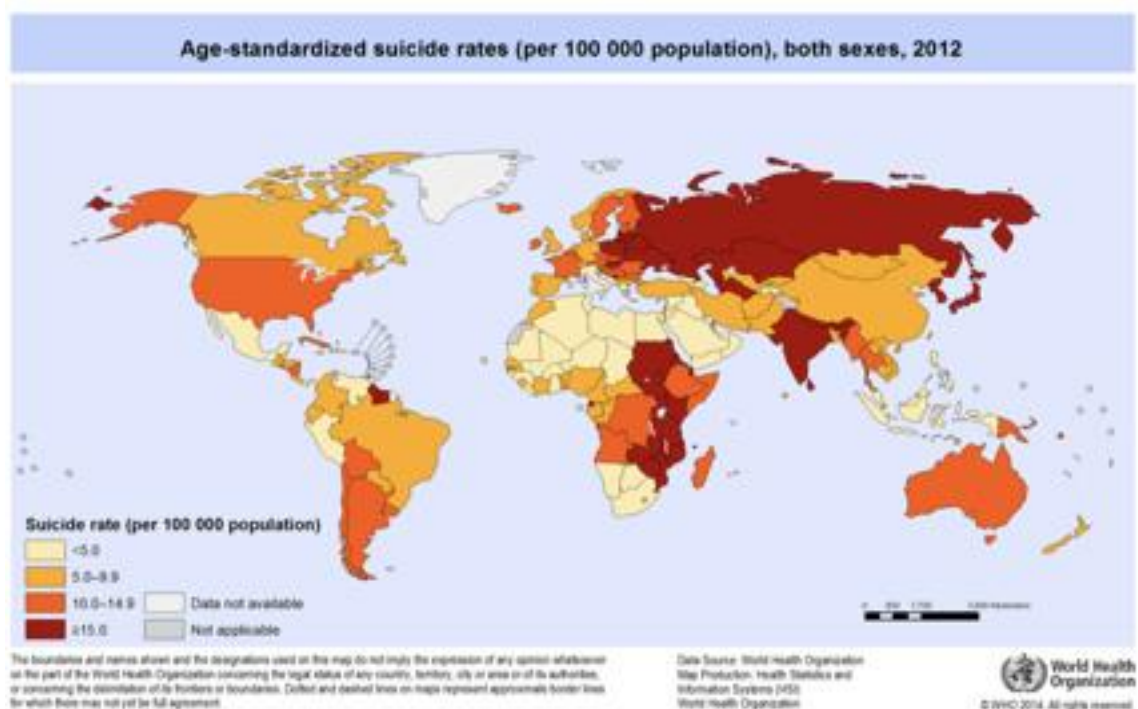


figure 1: Taux de suicide tout âge confondu (pour 100 000 personnes), en 2012 -OMS

Les études de santé mentale développées en France depuis de nombreuses années ont contribué à une amélioration de la prise en charge des patients tant au niveau national, grâce à des campagnes de prévention (6, 12, 18, 23, 48), qu'au niveau régional. En 2011, la DREES indique dans son rapport sur « l'état de santé

de la population en France » que le pourcentage des personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé qui n'a pas déclaré de recours aux soins apparaît en très nette baisse par rapport 2005 (39%) (34).

L'Etude de Slama et al en 2010, à l'occasion de l'enquête SMPG de Martinique de 2000, a étudié la prévalence de risque suicidaire sur toute la vie en Martinique, qui était 2 fois inférieur à celle de métropole(34). Pour cela ils avaient complété leur enquête SMPG Martinique par une question: « avez vous déjà tenté de vous suicider? » et ont caractérisé cette manifestation suicidaire « vouliez-vous vraiment mourir ? » et recherché des antécédents familiaux. Les résultats de l'études ont montré que 4,4% des individus ont déclaré un antécédent de tentative de suicide au cours de leur vie: 3,3% chez les hommes et 5,35% chez les femmes alors qu'en France Métropolitaine la proportion était de 8%. Cette étude aurait montré une association entre un âge plus jeune et une plus grande probabilité d'avoir des antécédents personnels de tentatives de suicide. Les sujets qui avaient un diagnostic d'épisodes dépressifs majeurs, de trouble bipolaire, de trouble panique ou de dépendance à l'alcool étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents personnels de tentatives de suicide ce qui est équivalent aux données des études métropolitaines.

Ce profil clinique est cohérent avec la plupart des études antérieures, car il est maintenant bien établi que le trouble dépressif majeur (37), le trouble bipolaire (4,40) le trouble panique (15,51) et la dépendance à l'alcool (40) sont des facteurs de risque de tentatives de suicide. De plus il suggérait que la prévalence des tentatives de suicide chez la population caribéenne française est significativement inférieure à celle observée dans la population générale en France métropolitaine qui serait en accord avec deux études de l'époque: (36): le taux de suicide était deux fois plus bas

en Martinique qu'en France métropolitaine (39) et (14), et il existait un taux inférieur d'antécédent de tentative de suicide chez des patients hospitalisés en hôpital psychiatrique en Martinique (54).

Depuis 20 ans, la Guadeloupe participe également à ces études, telles que l'étude de Santé Mentale en Population Générale (SMPG) réalisée en 1999 et 2014, commandée et financée par l'ARS, ou Baromètre santé-Dom en 2014 sous la direction de l'INPES, dont les résultats ont été valorisés dans divers travaux. L'Agence Régionale de Santé de la Guadeloupe souhaite en utiliser les conclusions pour soutenir des actions de prévention.

II PROBLEMATIQUES ET OBJECTIFS

La crise suicidaire est selon la conférence de consensus de 2000 « *une crise psychique dont le risque majeur est le suicide* » (1). Elle a établi 3 niveaux de risques suicidaires (tableau 1). Selon Ionita et al (9), L'état de crise peut durer de 6 à 8 semaines et se caractériser par 3 grandes étapes: une période de désorganisation, qui culmine jusqu'à une phase aiguë, avant de se conclure par une phase de

Tableau 1: Niveaux de risque suicidaire selon la conférence de consensus de 2000

le risque suicidaire urgence légère:

- le patient est dans une relation de confiance avec le praticien.
- Il désire parler et est à la recherche de communication
- Il cherche des solutions à ses problèmes
- il pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis
- il pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise
- il n'est pas anormalement troublé pas psychologiquement souffrant

le risque suicidaire en urgence moyenne:

- le patient présente un équilibre émotionnel fragile
- il envisage le suicide et dont l'intention est claire
- il a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée
- il ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir
- il a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi
- il est isolé

le risque suicidaire en urgence élevée:

- le patient est décidé, le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent
- il est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation
- la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuer
- il a un moyen d'accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
- il a le sentiment d'avoir tout fait ou tout essayé
- il est très isolé

NB: il faudra également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge (supérieur à 75 ans)

récupération.

Aujourd'hui plusieurs études tendent à montrer que la prise en charge de la dépression est un des facteurs les plus pertinents pour la prévention du risque suicidaire (37) ainsi que la réduction d'accès aux moyens létaux et les stratégies de prévention des facteurs environnementaux accompagnant le suicide (isolement etc...).

D'après l'étude de Keith Hawton en 2009 (25), il y aurait des différences ethniques à l'intérieur même des sociétés pluriculturelles. En Angleterre où la « communauté afro caribéenne » aurait un taux de suicides moins élevé comparé à la « communauté blanche » (25) ou alors en Amérique ou d'Australie et Nouvelle-Zélande où les communautés indigènes ont un taux bien plus important de suicides que le reste des communautés confondues. Ce phénomène serait aussi observé dans la pratique en Guyane Française (29, 33, 44) sans en avoir les données épidémiologiques, notamment du fait qu'il est impossible en France de faire des études en tenant compte de l'ethnicité. En ce qui concerne la Guadeloupe, le suicide serait moins fréquent en Guadeloupe qu'en France métropolitaine, comme l'a montré l'ORSAG (48). Cette étude ne se basait que sur l'étude de la population des suicidés et non sur la population générale, ne permettant pas non plus d'appréhender la problématique de la représentation du suicide, des idées et des risques suicidaires en population générale.

Face à cet important problème de santé publique, avec des conséquences autant individuelles que sociales, des déterminants plurifactoriels, et une variabilité socioculturelle, nous nous proposons d'en étudier plus précisément les réalités dans la population guadeloupéenne. Les données en la matière ne sont pas nombreuses, tandis que les données issues de SMPG montrent un recours aux soins pas toujours efficient.

En utilisant et analysant les données issues de deux études récentes, le Baromètre Santé DOM et « santé mentale en population générale (SMPG) : Images et réalités », nous essaierons de quantifier le nombre de personnes présentant un risque suicidaire dans la population générale et de préciser leurs caractéristiques socio-démographiques. Nous étudierons leurs recours aux soins, afin de mieux

connaître leurs parcours de santé.

A partir de cette analyse, nous nous interrogerons sur les stratégies de prévention envisageables, permettant un dépistage aussi précoce que possible, et l'inscription dans un parcours de soins efficace, mieux adapté aux particularités socio-culturelles de la population guadeloupéenne.

III LE CONSTAT EN GUADELOUPE

III -1 Les chiffres du suicide (ORSAG)

Dans son rapport sur le Suicide en Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy publié en 2011 (28), l'ORSAG a montré que le suicide est moins fréquent en Guadeloupe (le taux comparatif de mortalité de la Guadeloupe est de 9,5 décès pour 100 000 habitants contre 16,5 pour 100 000 en France hexagonale), la population concernée est en grande majorité des hommes (78,4%) entre 35 et 64 ans (64,9%).

Les moyens létaux les plus utilisés sont les armes à feu, les prises de médicaments, les sauts d'un lieu élevé et la pendaison (17).

III -2 Le risque suicidaire estimé par le baromètre santé

III -2 -1 Matériels Méthodes

Les études Baromètre santé sont menées par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (23). Leur but est de décrire l'attitude, le comportement et la perception de la santé des français. Pour la première fois en 2014, l'étude baromètre santé est effectuée dans les régions d'outre mer. La population cible de cette enquête inclut l'ensemble des personnes âgées de 15 à 75 ans, parlant le français ou le créole, résidant dans les DOM et disposant d'un téléphone fixe ou mobile. La passation de l'enquête est réalisée par téléphone (collecte assistée par téléphone et informatique) par des enquêteurs spécialisés, bilingues français/créole formés pour cette enquête (53).

Elle permet de mesurer et de comprendre les déterminants de santé

susceptibles de jouer un rôle dans l'adoption de certains comportements, de mettre en lumière des populations vulnérables, et de fournir ainsi un cadre quantitatif pour éclairer la question des inégalités de santé.

Les objectifs de cette enquête sont multiples :

disposer d'indicateurs correspondant au suivi de la loi santé publique, quantifier les particularités des DOM en termes de comportements de santé et de facteurs associés;

adapter ou développer des dispositifs de prévention et de promotion de la santé, en identifiant les thèmes de santé prioritaires , ainsi que les groupes de population les plus vulnérables

en répétant une telle enquête à intervalle régulier, mesurer l'impact des actions engagées par les pouvoirs publics et suivre les évolutions et les progrès réalisés, mais aussi les avances qui restent à faire.

Les thèmes abordés incluent une partie classiquement suivie en France hexagonale (consommation de tabac, d'alcool, accès aux dépistages, recours aux soins, santé mentale...) ainsi que des sujets relevant de problématiques de santé publique spécifiques, identifiés en partenariat avec les acteurs de santé travaillant dans ces territoires: diabète, alimentation, chikungunya, leptospirose, usages détournés de médicaments, couvertures vaccinales des jeunes enfants etc.....

La méthodologie utilisée repose sur un sondage aléatoire à deux degrés, réalisé par collecte assistée par téléphone et informatique, adoptant une méthodologie proche de celle du Baromètre Santé 2014 France Hexagonale. Les numéros de téléphone, fixes ou mobiles, ont été sélectionnés au hasard au sein des membres éligibles du ménage.

La population d'enquête était éligible si le ménage comportait au moins une

personne âgée de 15 à 75 ans, résidant en Guadeloupe (les personnes résidant à Saint Martin et à Saint Barthélemy étaient hors champ) et parlant le français ou le créole. L'anonymat et le respect de la confidentialité ont été garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la CNIL.

L'enquête s'est déroulée d'avril à novembre 2014. Le taux de refus fut de 11%. Le taux de participation a ainsi été de 48% et 3% des entretiens ont été abandonnés.

Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligible et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis calées sur les données de références nationales de l'INSEE (recensement 2011). Ce calage sur marge tient compte du sexe croisé par l'âge, du niveau de diplôme et de la structure du foyer. L'échantillon comporte 2028 individus âgés de 15 à 75 ans.

Dans le cadre de la santé mentale, l'analyse a été réalisée par l'ORSAG. Les résultats ont été comparés à ceux de Baromètre Santé national réalisé la même année. Le logiciel stata 9 a ensuite été utilisé pour le traitement statistique des données. Des régressions logistiques et linéaires ont été réalisées pour l'analyse des données.

III -2 -2 Résultats

Les résultats de l'enquête Baromètre-Santé-DOM portent en ce qui nous concerne sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide (TS).

4% des individus interrogés ont eu au cours des douze derniers mois des pensées suicidaires. Les femmes sont 3 fois plus nombreuses à avoir eu des pensées suicidaires que les hommes (6 et 2%), les 15-55ans plus nombreux que les 55-75ans (5 et 1%).

Tableau 2: Prévalence pensées suicidaire Baromètre Santé Dom 2014

| | Guadeloupe | Métropole |
|---------------------|------------|-----------|
| POPULATION : | | |
| population générale | 2 % | 4 % |
| hommes | 2 % | 6 % |
| femmes | 5 % | 5 % |
| AGE : | | |
| Age :15-55 ans | 5 % | |
| Age: 55-75 ans | 1 % | |
| RAISONS : | | |
| Professionnel | 20 % | |
| Personnel | 85 % | |

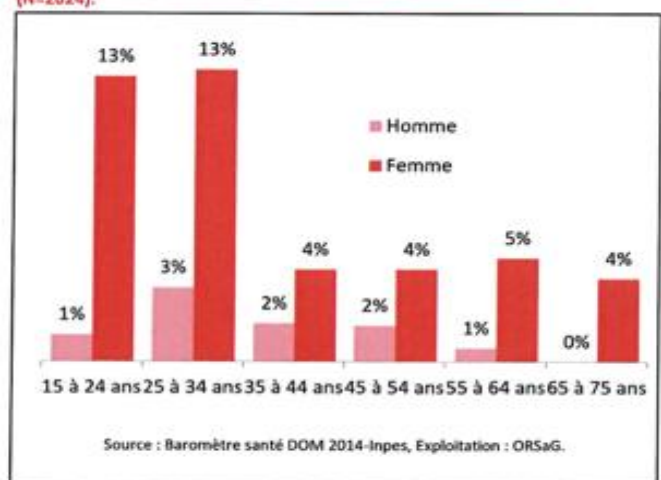
Les raisons invoquées de survenue de pensées suicidaires (tableau 2) étaient d'ordre personnel (85%), puis dans une moindre mesure la vie professionnelle (20%). D'autres causes ont été évoquées telles que les problèmes environnementaux ou financiers dans une moindre mesure. Par rapport à la population de France métropolitaine, il est noté que les guadeloupéens ont eu moins de pensées suicidaires que les français d'hexagone (2% contre 4%) alors qu'il n'y a pas de différence entre les guadeloupéennes et les françaises d'hexagone (5%)

4% des individus interrogés disent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et 1% plusieurs tentatives. Ce sont majoritairement des femmes (7% contre 1% d'hommes), et des personnes jeunes (8% pour les 15-34ans contre 3% pour les 45-75%) (tableau 3). Ceci est probablement en lien avec le fait que dans l'étude Baromètre santé, l'âge d'inclusion est plus bas (15ans) et englobe donc les adolescents. Les personnes en couple ont moins déclaré de tentatives de suicide que les personnes seules (2% contre 6%). Une autre donnée intéressante est que les personnes nées en France Métropolitaine sont plus nombreuses que les personnes nées en Guadeloupe à avoir fait des tentatives de suicide (9% contre 4%).

Tableau 3 :

Tentatives de suicide

Figure 3 - Pourcentage d'individus ayant déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie selon l'âge en fonction du sexe. (N=2024).



Concernant le parcours de soins, 35% des individus ont été hospitalisés à la suite de leur tentative de suicide, dont 27% au moins une nuit. 43% ont été suivis secondairement par un professionnel de santé et 62% en ont parlé autour d'eux. Il est donc montré que plus de la moitié des personnes interrogées ont fait une tentative de suicide passée inaperçue et elles n'ont pas été soignées correctement.

Globalement les Guadeloupéens ont moins fait de TS que les français de l'hexagone rapporté au nombre d'habitant (4% et 7%) ce qui est concordant avec l'étude ORSAG de 2011 (28).

Ce que nous pouvons retenir de l'étude Baromètre santé est que les idées suicidaires et les tentatives de suicides concernent plus particulièrement les femmes, les jeunes, les personnes isolées et les personnes nées en métropole. Mais ce phénomène bien que moins important qu'en France hexagonale semble non négligeable. Il ne dégage pas de cause évidente ni particulière nécessitant une prise en charge spécifique dans les DOM.

III -3 Le risque suicidaire estimé par l'enquête SMPG

III – 3 -1 Matériels et méthodes

L'enquête « santé mentale en population générale (SMPG) : images et réalités » est une recherche internationale multicentrique. Elle a été organisée par l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP) et le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale, en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Cette enquête a été réalisée dans différentes régions françaises et également dans les Collectivités d'outre mer (6). En Guadeloupe, la première (SMPG1) a eu lieu en 1999 et la seconde (SMPG2) en 2013/2014. La recherche du risque suicidaire et des tentatives de suicide fut ajoutée lors de l'enquête SMPG2 mais n'était pas présente en 1999 parce que les items correspondant ont été rajoutés dans le courant des années 2000. Ce sont les résultats de cette enquête SMPG2 de 2014 que nous avons exploités pour le présent travail.

Les objectifs principaux de SMPG sont :

de décrire les représentations liées à la maladie mentale

de décrire la connaissance de la population sur les différents modes de recours et de soins (axe socio-anthropologique) et d'évaluer leur capacité à y accéder.

d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux, dans la population générale âgée de plus de 18 ans (axe épidémiologique) grâce à une hétéro-évaluation à l'aide du MINI (41).

Le déroulement de l'enquête est le suivant: les données sont recueillies par des enquêteurs formés par des experts du CCOMS lors d'entretiens en face-à-face

avec des personnes abordées dans la rue, en respectant des quotas socio-démographiques (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau scolaire) afin de créer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant en Guadeloupe. Les personnes sont recrutées dans des lieux publics et les entretiens ont lieu dans des lieux d'accueil prédéterminés ou chez l'habitant si celui-ci donne son accord permettant ainsi de garantir la confidentialité des informations et l'anonymat des personnes recrutées. L'enquête SMPG1 avait un effectif de 830 personnes et l'enquête SMPG2 884 personnes.

Le risque suicidaire est recherché dans l'auto questionnaire MINI de manière indépendante des questionnaires sur les autres troubles (36). Pour chaque personne ayant un diagnostic positif, une fiche complémentaire est renseignée, décrivant les recours et parcours de la personne.

Le MINI, créé et validé par une équipe franco-américaine est utilisé dans de nombreuses enquêtes (2, 22, 52). Il explore la présence d'idées de mort ou de suicide sur le mois écoulé ainsi que les tentatives de suicide faites dans le mois précédant l'enquête ou sur la vie entière. La question comportant la programmation du geste suicidaire a été retirée de la passation compte tenu de l'impossible neutralité en cas de réponse positive.

Le risque suicidaire évalué se répartit entre léger, moyen ou élevé selon les items et/ou le nombre d'items positifs. Il est considéré comme élevé chez les personnes qui ont fait une tentative de suicide au cours du mois écoulé ou ayant déjà fait une tentative de suicide dans leur vie, ont pensé à se suicider au cours du mois écoulé.

III – 3 -2 Résultats

A Le risque suicidaire: caractéristiques socio-démographiques

Tableau 2: Caractéristiques socio-démographiques de la population à risque suicidaire

| variable | | pas de risque | Risque léger | Risque moyen+élevé | |
|---|-------------------------------|---------------|--------------|--------------------|------------------|
| Sexe | Hommes | 359 (91%) | 25 (6%) | 9 (3%) | p=0,87 (chi-2) |
| | Femme | 445 (90%) | 32 (7%) | 14 (3%) | |
| Classe d'âge | moins de 40 ans | 265 (88%) | 26 (9%) | 11 (3%) | p=0,06 (chi-2) |
| | plus de 40 ans | 539 (92%) | 31 (5%) | 12 (3%) | |
| situation familiale | vivre seul | 412 (87%) | 42 (9%) | 16 (4%) | p=0,0013 (chi-2) |
| | ne pas vivre seul | 392(94%) | 15 (4%) | 7 (2%) | |
| socio professionnel | universitaire | 153 (90%) | 13 (8%) | 3 (2%) | p=0,60 (fisher) |
| | cycle secondaire et inférieur | 651 (91%) | 44 (6%) | 20 (3%) | |
| emploi | oui | 454 (91%) | 32 (6%) | 12 (2%) | p=0,92 (chi-2) |
| | non | 350 (91%) | 25 (6%) | 11 (3%) | |
| Revenu familial | plus de 1300 | 474 (90%) | 30 (6%) | 18 (4%) | p=0,11 (chi-2) |
| | moins de 1300 | 330 (91%) | 27 (7%) | 5 (2%) | |
| croyant | oui | 696 (92%) | 48 (6%) | 16 (2%) | p=0,15 (fisher) |
| | non | 82 (88%) | 6 (6%) | 5 (6%) | |
| pratiquant | oui | 477 (93%) | 29 (6%) | 9 (1%) | p=0,077 (fisher) |
| | non | 283 (92%) | 25 (8%) | 1 (0,3%) | |
| <i>p: p-value, seuil de significativité à 5% RS: risque suicidaire LMS: léger-moyen-élevé</i> | | | | | |

Lors de l'étude SMPG2, 80/884 personnes ont présenté un risque suicidaire détecté au MINI soit 9% de la population: 57 un risque suicidaire léger (6,4%), 17 un risque suicidaire moyen (1,9%) et 6 avec un risque suicidaire élevé (0,7%) (figure 1). Cette prévalence est moins importante que dans la population générale (13,7%). Cette différence est significative 9.05%; IC95% [7.2%-10.9%] (p =0,000069). Cette différence est cependant à relativiser par rapport à la différence de proportion entre

les deux effectifs. En effet ces derniers rendent le Chi-2 forcément très puissant, faisant que l'existence d'une très petite différence sera significative. Nous présentons les effectifs et les caractéristiques socio-démographiques dans le tableau 4.

Les femmes et les hommes ont la même proportion de risque suicidaire 9,4% contre 8,7%.

Figure 1: Effectif de la population risque suicidaire

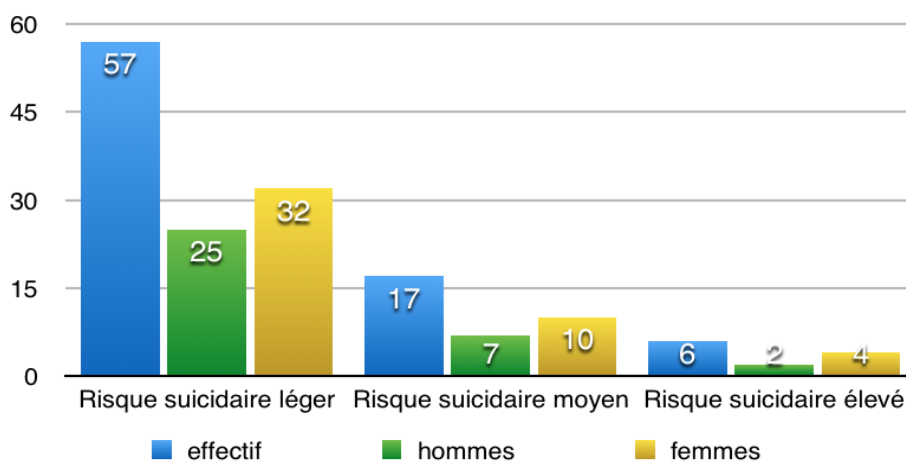
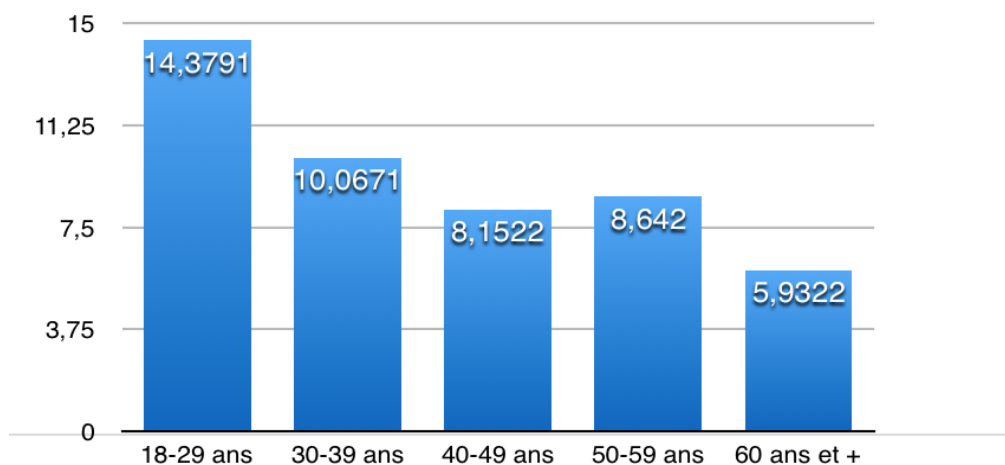
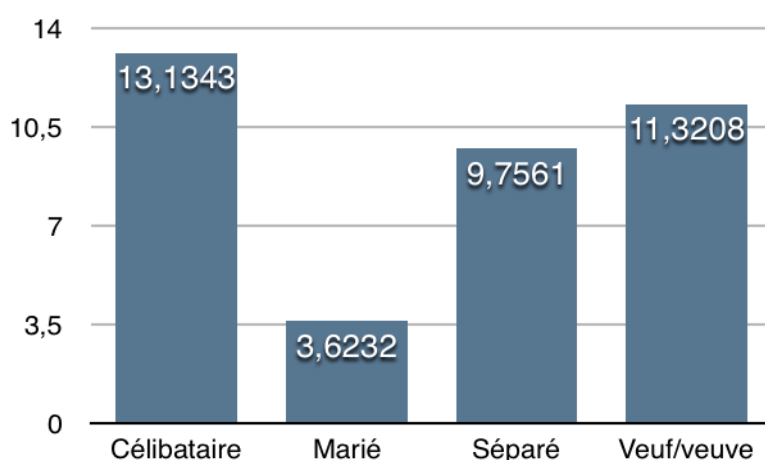


Figure 2: Prévalence du risque suicidaire en fonction de l'âge



La prévalence du risque suicidaire est plus importante chez les jeunes adultes (14,4% pour les 18-29ans et 10% pour les trentenaires), trois fois moins chez les plus de 60 ans (5,9%).(figure 2). Cette variable est à la limite de la significativité dans le tableau 4 ($p=0,06$).

Figure 3: Prévalence dans la population de la situation maritale



Concernant la situation maritale, il semble que le fait d'être en couple protège du risque suicidaire. En effet, le pourcentage de personnes à risque suicidaire dans la population générale et étant mariées est de 3,62% contrairement aux personnes célibataires, séparées ou veuves (13,1%, 9,7%, 11,3%) (figure 3). Dans le tableau 2, nous remarquons que ce fait est significatif ($p=0,0013$)

figure 4: Proportion en fonction du niveau d'étude

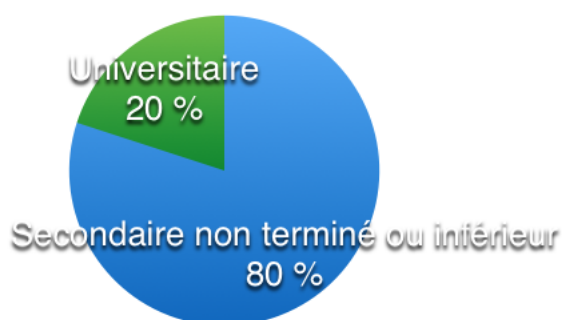
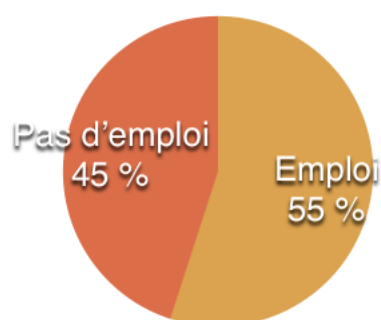


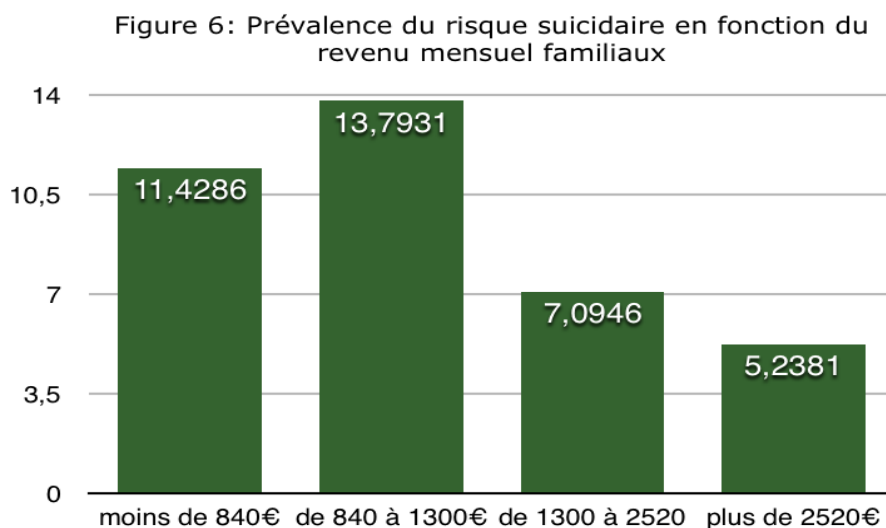
figure 5: Emploi la population à risque suicidaire



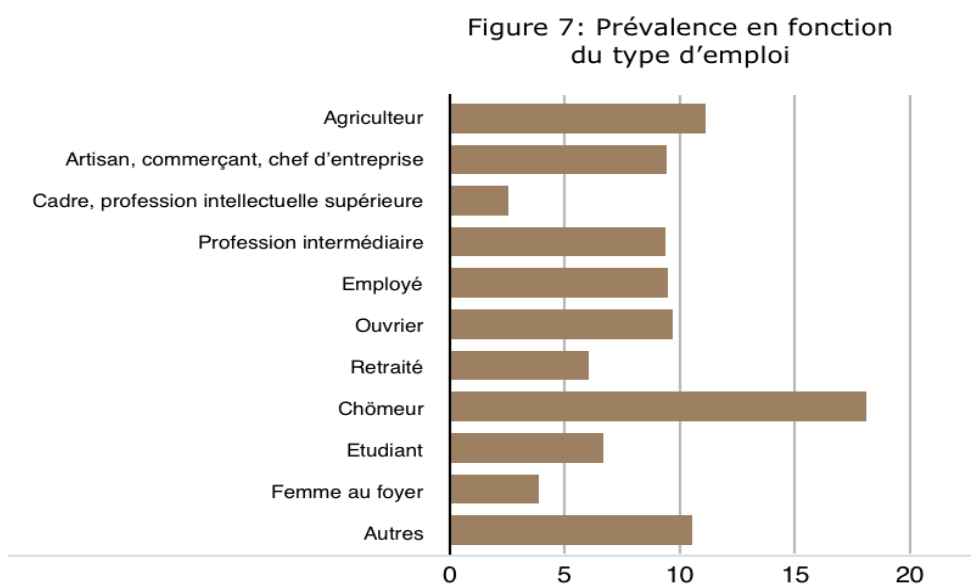
Les taux constatés varient en fonction du niveau d'étude, du simple au double selon le niveau : de 6,2 % pour un cycle secondaire terminé, à 12,2% pour un niveau

primaire terminé (figure 4).

Il y a une plus grande proportion de personnes à risque suicidaire chez les non croyants que chez les croyants (11,8% contre 8,4%).



Pour ce qui concerne les revenus, il existe aussi de fortes variations en fonction du niveau de revenu du foyer : de 5% pour des revenus supérieurs à 2520 €, à 15,2% pour des revenus inférieurs à 534€ (figure 6)



9,3% des personnes ne travaillant pas sont à risque suicidaire contre 4% des personnes qui travaillent, les chômeurs sont les plus représentés (18,1%) loin derrière les retraités (6,1%) et les étudiants (6,1%) (figure 7).

En conclusion, le risque suicidaire touche autant les hommes (8,7%) que les femmes (9,4%). Ce sont les jeunes qui sont le plus concernés (14,4% chez les moins de 29ans, 11,1% pour les trentenaires), ainsi que les célibataires (13,1%), les niveaux scolaires faibles, les chômeurs (18,1%).

B Le risque suicidaire et les pathologies

décelées au MINI

Figure 8: Présence d'une pathologie au MINI dans la population à risque suicidaire

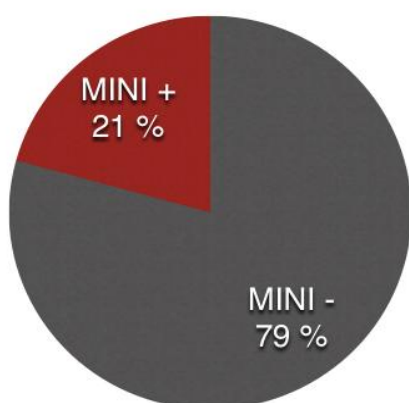
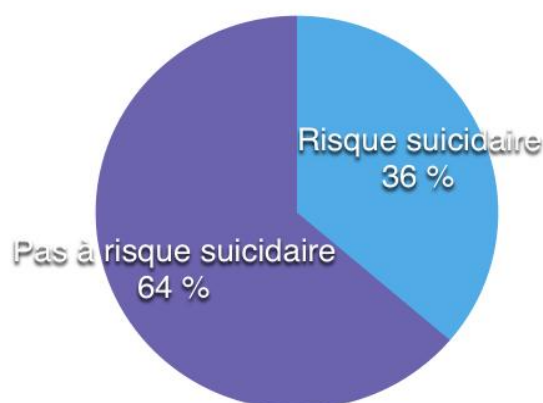


Figure 9: Prévalence du risque suicidaire dans la population présentant une pathologie au MINI



36% des personnes présentant une pathologie décelée par le MINI présentent un risque suicidaire dont 33/246 ont un risque suicidaire léger, 12/246 un risque suicidaire moyen et 6/246 un risque suicidaire élevé. Inversement 21% des personnes à

risque suicidaire présentent une pathologie au MINI (figure 8 et 9). Cela interroge sur la comorbidité des maladies mentales et du risque suicidaire. On peut mettre en lien ce chiffre avec la sensation qu'ont les patients à se sentir malades. Dans le cadre de la pathologie mentale, le risque suicidaire n'est pas une maladie mentale mais un facteur aggravant d'une pathologie mentale en soi malgré, et un problème de santé publique. La donnée montrant que seulement un cinquième de la population soit à risque suicidaire interroge donc sur la dangerosité même du risque.

C Le risque suicidaire et les troubles de l'humeur et le trouble dépressif

27% des personnes présentant un risque suicidaire présentent aussi un trouble de l'humeur.

Parmi les troubles de l'humeur, ce sont les troubles dépressifs qui sont le plus souvent associés au risque suicidaire : 28% des personnes interrogées ayant un diagnostic de trouble dépressif au MINI ont un risque suicidaire, contre 6% pour ceux qui n'ont pas de trouble dépressif ($p < 0,01$).

Les résultats de l'enquête SMPG pour le trouble dépressif ont été détaillés dans le mémoire de DES d'Antoine Lagaude en 2015 (32) : La prévalence actuelle du trouble dépressif (ou au cours des deux dernières semaines avant l'entretien) est de 11,5% (102/884). Plus de la moitié des personnes avec ce diagnostic a également un trouble dépressif récurrent (55%). De plus il démontrait que le profil socio-démographique de la population montrait une présence forte chez les femmes, les personnes seules, les chômeurs et avec une particularité : la dichotomie entre personne de plus de 40 ans ayant une prévalence supérieure à 15%, et les moins de 40 ans (inférieure à 10%) non retrouvée en Métropole.

D Le risque suicidaire et les troubles psychotiques.

27,8% des personnes présentant un risque suicidaire ont un trouble psychotique au MINI. Rappelons que le diagnostic de trouble psychotique est avéré après confirmation par un clinicien. (figure 10)

E Le risque suicidaire et les addictions

24,4% des personnes présentant un risque suicidaire ont un problème d'alcool de même 1,7% ont un problème de drogue (figure 10)

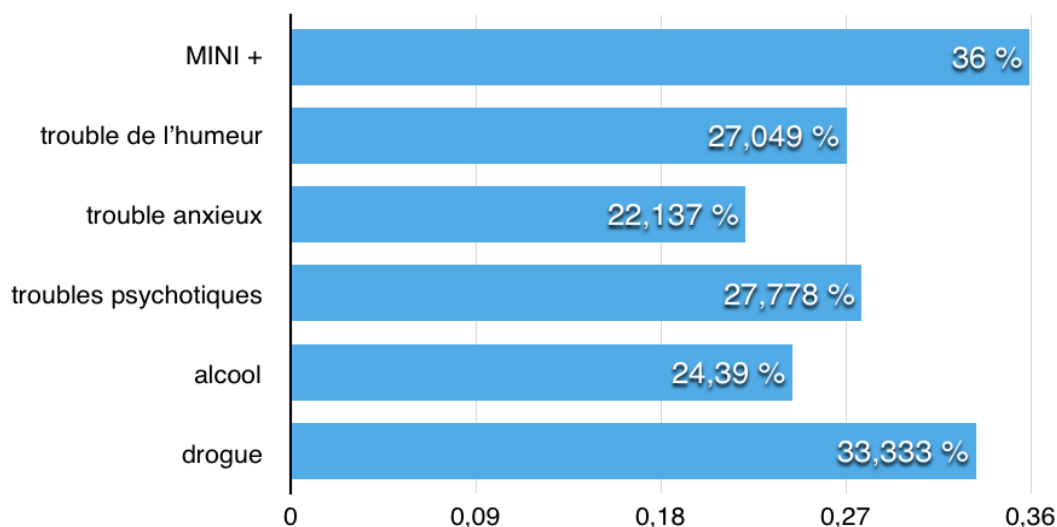
F Le risque suicidaire et les troubles anxieux

33,3% des personnes présentant un risque suicidaire ont un trouble anxieux (figure 10)

G Le risque suicidaire et insomnie

23,3% des personnes présentant un risque suicidaire a des insomnies.

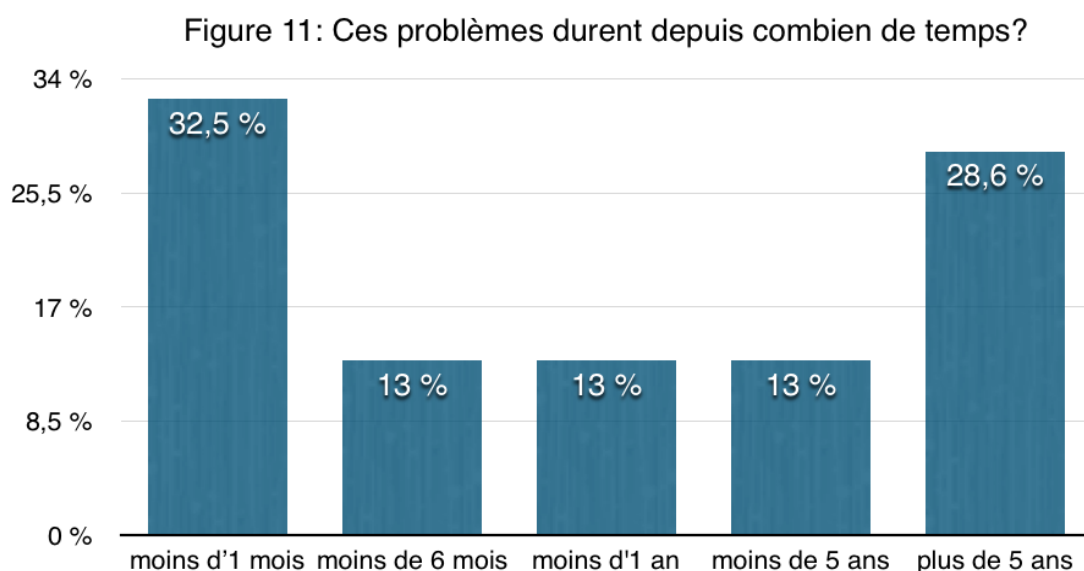
Figure 10: Prévalence du Risque suicidaire suivant les pathologies décelées au MINI en Guadeloupe



H Le risque suicidaire: parcours de soin

Les fiches complémentaires permettent de mieux appréhender le parcours de soins des patients à risque suicidaire et donc de mieux envisager les campagnes de prévention futures afin de sensibiliser la population au risque suicidaire, former les professionnels de premier recours et améliorer le dépistage et la prise en charge des risques suicidaires.

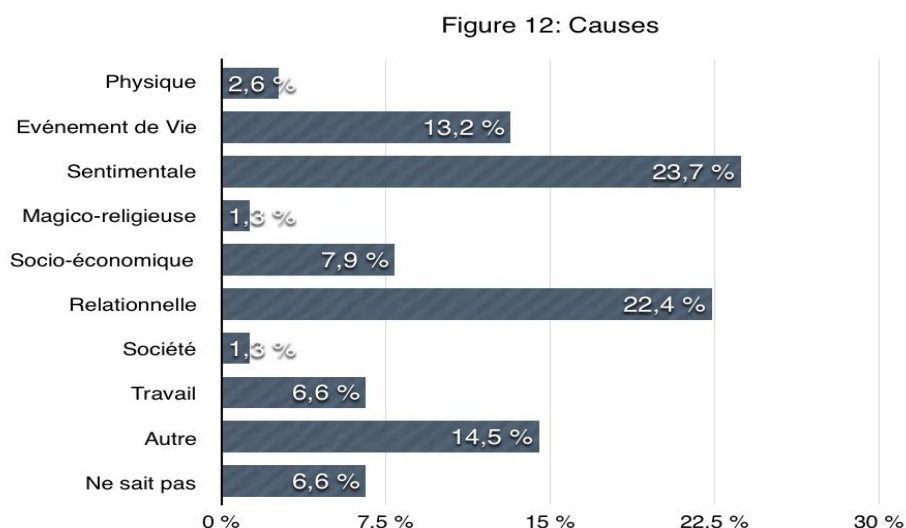
Deux catégories se distinguent : ceux dont le risque suicidaire est aigu, moins d'un mois (32,5%) et ceux dont le risque paraît chronique (28,6%) (figure 11). Dans presque la moitié des cas, les problèmes ayant conduit aux risques



sont toujours présents (47,4%).

Les causes évoquées sont d'abord des problèmes personnels (sentimental

23,7%, relationnel 22,4%, les événements de vie 13,2%) puis les problèmes environnementaux (socio-économique 7,9% et travail 6,6%). Il est à noter que la part attribuée au magico-religieux est faible voir quasiment inexistante dans ces



questionnaires déclaratifs (figure 12)

Plus des deux tiers de la population à risque suicidaire n'a pas l'impression d'être malade (69,2%) (figure 14), ceci peut donc expliquer la très forte proportion de personnes qui présentent depuis plus de 5 ans des idées suicidaires. Il n'y a pas reconnaissance du caractère pathologique des idées suicidaires dans la population guadeloupéenne pour laquelle ce n'est donc ni un problème, ni une maladie. De plus seulement deux personnes sur cinq (39,5%) en ont discuté avec leur proche, la grande majorité garde donc secrètes ses pensées. Ceci peut nous indiquer que les idées suicidaires, pire que de ne pas être reconnues comme un problème que l'on peut aider, sont considérées comme « honteuses » par cette population. De plus la population continue à travailler (64,1%) malgré la gêne que cela peut entraîner autant au travail (48%) que dans la vie de tous les jours (51%) ou dans la relation aux autres (39,7%) (figure 13).

Figure 13: Gènes observées

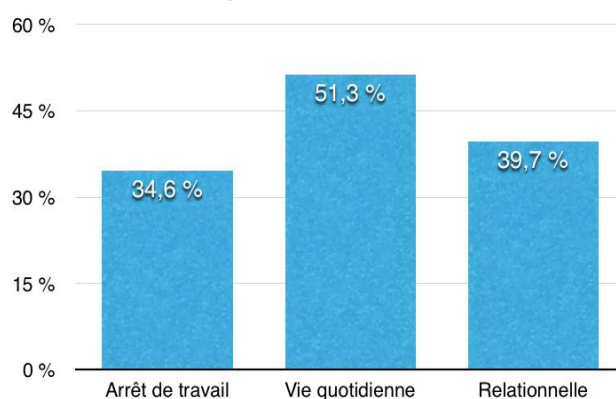


Figure 14: Sentiment d'être malade

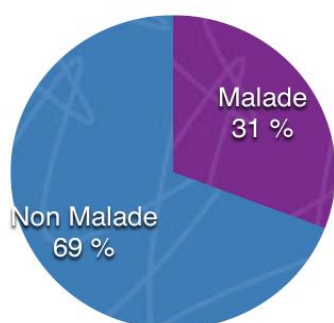
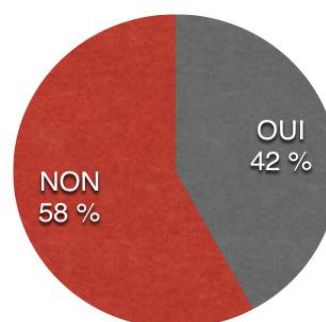
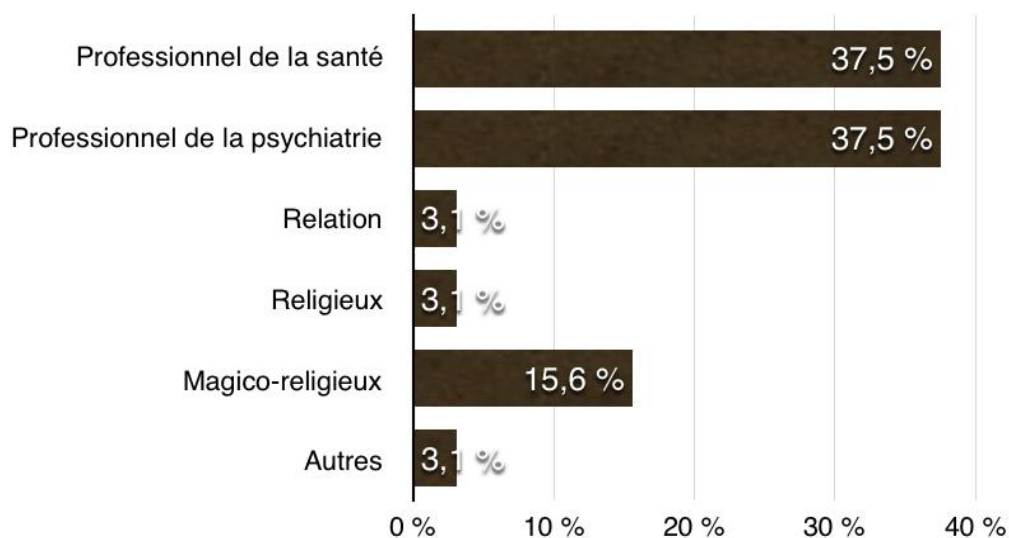


Figure 15: Êtes-vous allé voir quelqu'un ?



Deux personnes sur cinq sont allées voir quelqu'un (42,1%) (figure 15 et 16), dans les mêmes proportions un médecin généraliste ou un psychiatre (37,5%), et en troisième position un « praticien » magico-religieux (marabout ou gadé d'zafè) 15,6%. Nous pouvons mettre en lien cette affirmation avec le fait que le magico-religieux apparaît peu cité dans les causes d'idées suicidaires. Le magico-religieux aurait donc plus vocation bénéfique que maléfique.....

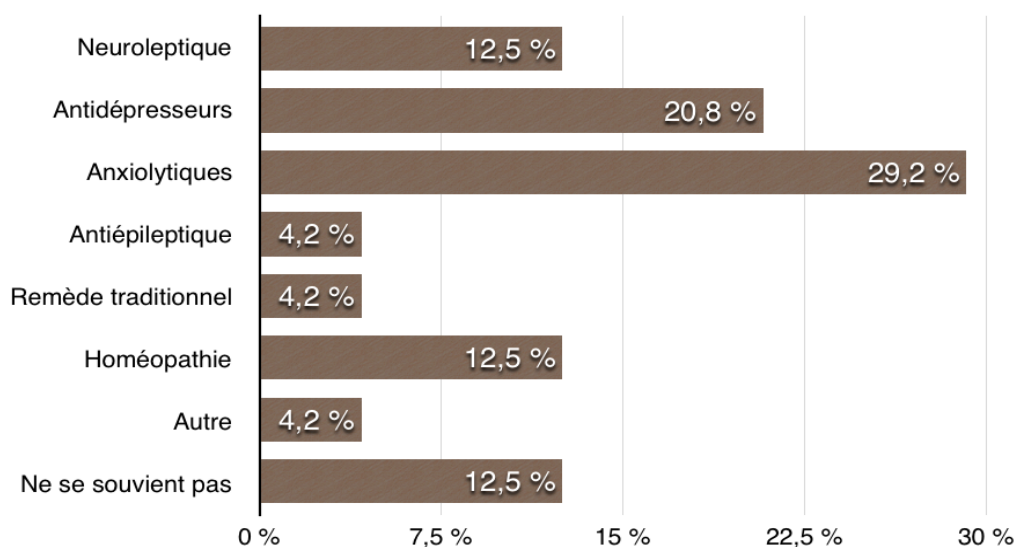
figure 16: Si oui, qui êtes-vous allé voir?



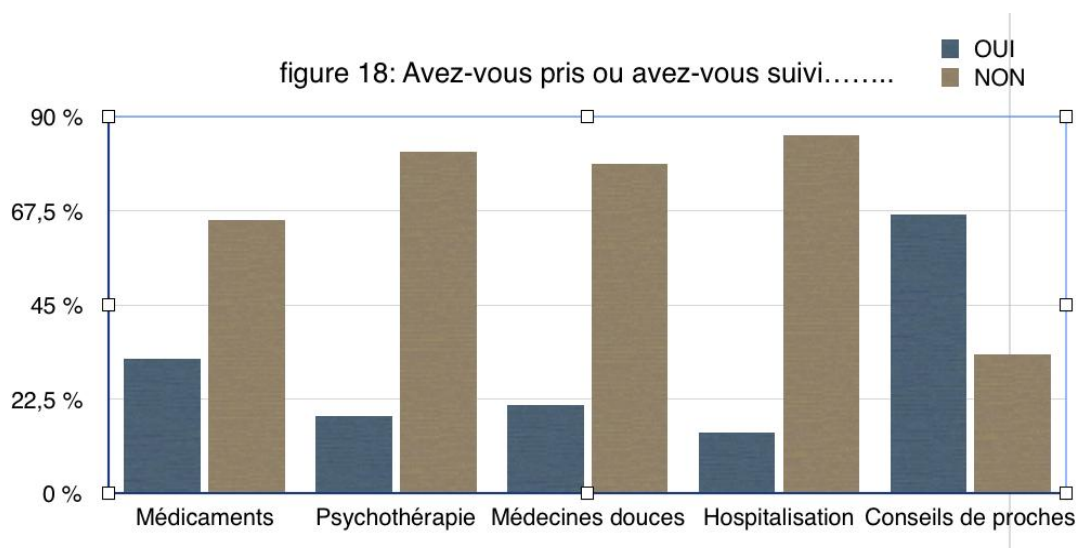
Quelle que soit la personne consultée, les idées ont soit diminué soit se sont arrêtées dans 62,5% des cas mais plus des deux tiers des personnes à risque ne vont plus consulter (70%).

Un tiers des personnes à risque suicidaire ont pris des médicaments, majoritairement des anxiolytiques (29,2), des antidépresseurs (20,8%) et enfin de l'homéopathie (12,5%) (figure 17). Ce traitement a permis l'amendement ou l'amélioration des symptômes dans 79% des cas mais la grande majorité les ont arrêtés (62,5%). Nous pouvons noter la prise non négligeable de neuroleptiques (12,5%), pouvant s'expliquer par l'expressivité culturelle qui existe aux Antilles, où en effet, les troubles étiquetés psychotiques sont souvent des symptômes psychotique exprimant un trouble de l'humeur (10, 16, 17, 27, 42, 49).

figure 17: Quels médicaments ?



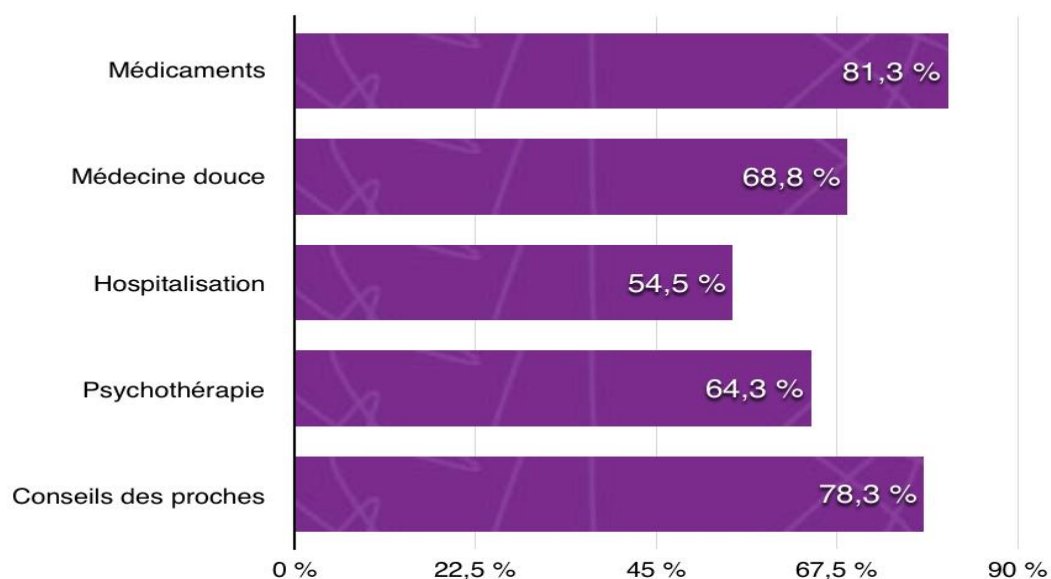
20% des gens reconnaissent avoir recours à la « médecine douce », composée aux deux tiers par l'absorption de plantes (66,7%). De la même manière qu'avec les médicaments, les patients se sont senti amendés ou améliorés à 81,3% mais contrairement aux médicaments, presque les trois quarts de la population à risque suicidaire continue à les prendre (73,3%). On peut imaginer la défiance de la population devant la médication par rapport à « l'auto-médication » par les plantes. Les gens sont plus méfiants devant la prise de médicaments prescrits plutôt que devant des traitements à base de plantes et en vente libre. Cette constatation est intéressante car les personnes n'arrêtent pas les traitements de la médecine douce malgré les effets bénéfiques ou amendés, comme si cela n'était pas dangereux pour la santé dans la perception de la population.



Il y a peu de recours à l'hospitalisation (14,5%), celle-ci a lieu autant dans des lieux d'hospitalisations généralistes (cliniques entre autres) que dans des hôpitaux spécialisés (54,5%). Seulement la moitié en ont ressenti un bénéfice (54,5%). Ceci interroge sur l'indication d'hospitalisation. D'après l'HAS, l'hospitalisation doit avoir lieu lors de risque suicidaire élevé, qui ne représente que 0,7% de notre population générale, hors nous avons 14,5% de personnes hospitalisées et il se peut que les hospitalisations ne soient pas forcément indiquées et donc n'ont pas eu l'effet attendu pour la population.

Le recours à une psychothérapie est de moins de 18,4% soit moins que le recours à une médication ou à une médecine douce (figure 18 et 19). Les deux tiers en ont tiré bénéfice mais 84,6% ont interrompu le suivi. On peut également s'interroger sur les raisons de ces arrêts bien supérieurs aux autres traitements énoncés plus haut. On peut imaginer que le coût de la psychothérapie, le temps de traitement avant d'avoir des effets bénéfiques et le mode d'implication bien plus long et complexe que la prise d'un médicament sont des raisons tout à fait plausibles et qui ont déjà été énoncées dans plusieurs études (32, 38).

figure 19: Pourcentage cumulé Amélioration/Arrêt des symptômes



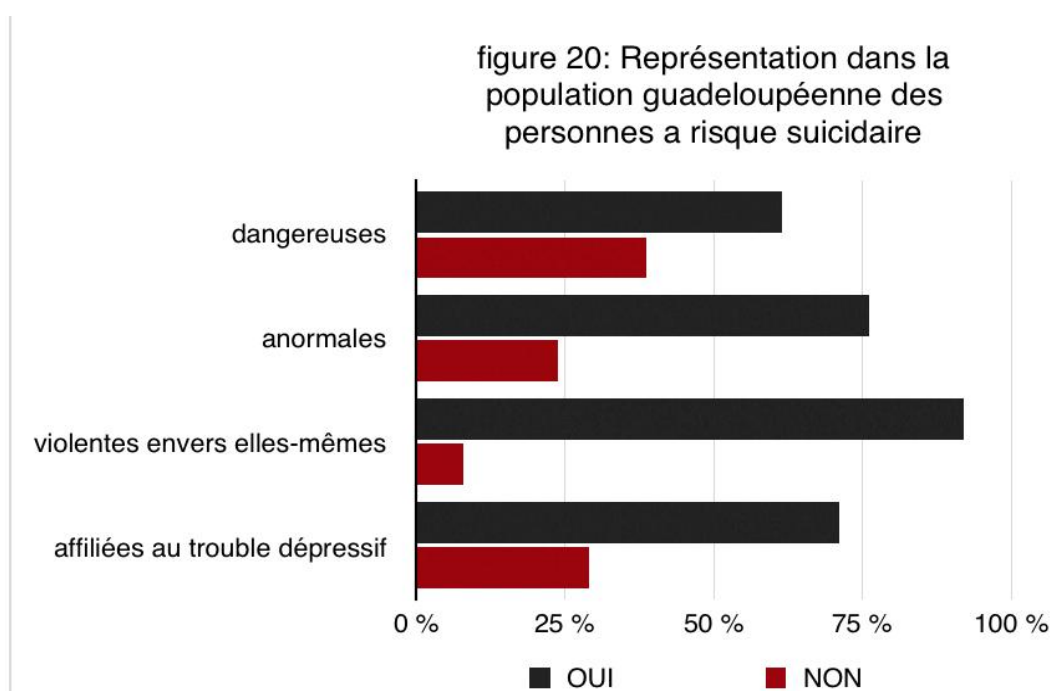
La question des personnes aidantes paraît extrêmement importante. En effet les deux tiers se font conseiller par leurs proches, majoritairement par leurs amis (60%) et leurs familles (34%). Dans le cadre d'une politique de prévention, nous pouvons voir qu'une campagne de sensibilisation en population générale a toute sa place. En effet, le pilier de premier recours est donc l'entourage de la personne qui souffre d'idées suicidaires, il peut donc être la personne qui amène la personne à risque au soin, lorsqu'on confronte au fait que les deux tiers n'ont pas connaissance du caractère pathologique de leurs idées. On peut aussi mettre en parallèle que contrairement aux professionnels de santé médecins ou autres, il n'y a moins d'interruptions du suivi (61,9% continuent à suivre les conseils de leurs proches) qui leur sont bénéfiques (78,3%). La population générale tout comme le médecin généraliste sont donc deux populations cibles des campagnes de prévention future en Guadeloupe à mettre en place.

IV REPRESENTATIONS

IV-1 Les représentations des personnes à risque suicidaire dans la population générale

Dans le questionnaire SMPG sur les représentations, la population estime que les personnes à risque suicidaire sont des personnes dangereuses (61,4%) et que ce comportement est anormal (76,2%) (figure 20).

D'après les enquêtés, ces sujets seraient violents envers eux-mêmes (92,1%) et il s'agirait majoritairement de personnes dépressives (71%). Il semble que la population guadeloupéenne a été sensible au caractère pathologique de la crise suicidaire et que les campagnes de prévention et de vulgarisation mises en place ces dernières années aient probablement eu un impact sur les représentations des personnes à risques suicidaire.



IV-2 Représentation des soins

Dans la population caribéenne, nous pouvons nous interroger sur les résultats de notre étude et essayer de comprendre les particularités constatées. Plusieurs auteurs ont essayé au cours de ses dernières années de définir les représentations de la maladie dans les territoires d'outre mer. Jean Benoist dans son « soigner au pluriel » (8) nous montre l'importance de ne pas négliger les différences de culture. Ces différences ne sont en fait qu'un continuum plutôt que des entités séparées. L'article de Dussol (20) sur la prise en charge de patients hospitalisés dans un service d'urologie durant 15 ans à la Réunion fait le constat que l'adhésion des patients ne peut être totale et que le praticien doit conjuguer avec les croyances populaires et les possibilités des patients. Il décrit la difficulté de mettre en avant une politique optimiste et basée sur la technique lorsque la maladie est apparentée à un symptôme révélant une anomalie dans la famille ou la manifestation de personnes malfaisantes. Dans « anthropologie de la médicale en société créole » (7), Jean Benoist nous décrit l'histoire de Judith, ne pouvant plus parler. Cette jeune fille a d'abord été consulter le médecin de famille qui devant son impuissance, donna l'accord d'aller consulter des guérisseurs avec réussite. Dans ce cas, il existe comme une reconnaissance par le corps médical occidental d'une autre forme de soin, qui peut aussi avoir des solutions. Le Dr Eynaud (21) retrace quant à lui les évolutions historiques de la Guadeloupe et met en relief la relation qu'ont les patients avec la maladie face au mouvement de créolisation de cette société plurielle et de l'adaptation que doit faire le psychiatre de la même manière que Dussol. Les sociétés créoles sont donc les héritières de la superposition d'influences culturelles

diverses. Patricia Joly a fait une étude sur la représentation des soins d'enfants suivis en pédopsychiatrie en Guadeloupe (30), elle démontre qu'au sein d'une même famille, l'expression de théories étiologiques de type culturel pouvait coexister avec l'expression de théories étiologiques de type médical ou psychiatrique. En effet, la grande majorité des familles interrogées connaissaient aussi bien les représentations véhiculées par les institutions sur les troubles de leur enfant sans leur faire opposition, élément aussi retrouvé lors d'une enquête de Bonnet auprès d'une population de migrants, parents d'enfants atteints de drépanocytose « La compréhension n'exclut pas l'interprétation » (11). Ce résultat vient déconstruire un préjugé, répandu dans le milieu médical que l'adhésion des malades à des représentations "traditionnelles" de la maladie peut être un obstacle à la compréhension du discours scientifique. La signification de la souffrance psychique ne peut pas être réduite à la nosographie psychiatrique et aux théories des professionnels, la prise en compte d'éléments culturels peut être une aide dans les prises en charge thérapeutiques (3, 45, 56).

En conclusion, il apparaît que la représentation de la maladie aux Antilles peut relever de croyances traditionnelles. Ces croyances ne sont pas incompatibles avec la prise en charge médicale et ne doivent pas être « jugées » négativement, mais plutôt intégrées dans le fonctionnement, et des messages de prévention pertinents.

V DISCUSSION

V -1 Limites de l'étude

Le risque suicidaire touche autant les hommes que les femmes. Ce sont les jeunes qui sont le plus concernés, ainsi que les célibataires, les niveaux scolaires faibles et les chômeurs.

L'étude sur le suicide issue de "santé mentale en population générale" de 2004, conduit à des résultats comparables en Guadeloupe, avec la prédominance chez les jeunes, le chômage et le fait de vivre seul (46).

La pertinence de l'outil utilisé (le Mini) est certes discutable en ce qui concerne l'exploration du risque suicidaire tout comme le CIDI-form pour l'étude du Baromètre santé. Cependant leur haute sensibilité permet de bien appréhender en population générale ce problème (43, 47). De plus, les données sont rétrospectives et déclaratives, donc sont soumises au biais de participation des patients. De ce fait il existe probablement une sous-estimation des données recueillies (9, 10).

Il aurait été intéressant de faire une étude plus complète sur les liens entre les troubles psychiatriques décelés au MINI et le risque suicidaire. Si le lien entre risque suicidaire et trouble dépressif n'est plus à prouver, la grande prévalence des troubles anxieux et surtout troubles psychotiques (supérieure aux Antilles françaises à celle de la France Métropolitaine), mais souvent associés à des troubles de l'humeur, doit inciter à en améliorer le dépistage et la prise en charge, en particulier en médecine générale. De plus, lors de l'étude de ESEMed, il a été démontré que le présence de trouble anxieux faciliterait le passage à l'acte suicidaire (10).

V -2 Les stratégies de prévention

L'intérêt de notre étude est de voir ce que nous pouvons proposer comme stratégie de prévention du suicide en Guadeloupe. Dans la littérature plusieurs points de vue sont développés.

L'étude NCS-NCS R 4 menée aux USA dans les années 90 et 2000 a démontré qu'il n'existait pas d'évolution significative des conduites suicidaires en 10 ans, notamment dans les populations vulnérables, malgré des campagnes de prévention primaire et secondaire massives et fondées uniquement sur le champ médical. Cela met bien en évidence que la stratégie de prévention uniquement basée sur le prisme médical est insuffisante (53).

L'étude de Lesage (37) a montré que la mise en place d'une stratégie efficace non pas au moment de l'action mais en amont (comme l'hypertension artérielle pour lutter contre les AVC par exemple) permet une amélioration significative collatérale. Elle reposait sur quatre axes globaux :

mesurer l'ampleur du problème dans la population (surveillance)

identifier des facteurs de risque et de protection

- élaborer et évaluer la stratégie de prévention et de contrôle
- mettre en place des stratégies efficaces.

Investir dans des programmes de prévention et de promotion dans l'enfance vaut largement plus que de traiter ou de réadapter plus tard, en termes de coût de la santé et en termes de succès. Le Québec a beaucoup investi au début des années 2000 dans des stratégies de prévention du suicide par le secteur de la sécurité du revenu et de la solidarité sociale et non pas uniquement par celui de la santé. Les résultats de l'étude montrent une diminution significative du taux de suicide au Québec. Or la population guadeloupéenne présente beaucoup de facteurs de vulnérabilité: faible niveau d'étude, isolement, précarité socio-économique, etc.....

Dans les années 2000, une étude appelée « alliance de Nuremberg » contre la dépression a été menée avec quatre axes de prévention (24):

formation des médecins de famille

campagne publique d'information sur la dépression et la consultation des ressources professionnelles

formation de « facilitateur communautaire »

le soutien des activités d'entraide auprès des groupes à risque élevé

Cette alliance a eu un retentissement important en Europe, non seulement elle a montré une meilleure approche et dépistage des troubles dépressifs mais elle a permis dans un second temps la diminution du taux de suicide. Or d'après le mémoire de Lagaude (32), la prise en charge des troubles dépressifs doit être plus performante au niveau des médecins généralistes.

En effet, les patients préfèrent s'adresser préférentiellement à celui-ci plutôt que d'aller voir d'emblée le psychiatre. La figure du psychiatre est toujours associée au « tébè », une des désignations créoles du patient malade mental (27).

La formation pilote de Gothland dans les années 80 (49) avait aussi démontré l'intérêt d'une formation adaptée des médecins généralistes sur la prise en charge du trouble dépressif afin d'agir sur les risques suicidaires. Durant le temps qu'a duré cette étude pilote, les auteurs trouvent une diminution significative du nombre d'hospitalisations, une augmentation de la prescription d'antidépresseurs et a fortiori une diminution du nombre de suicides de manière significative. L'arrêt du programme a vu une réaugmentation de l'ensemble de ces indicateurs, ce qui prouve l'intérêt de la pérennité de ces formations. D'autant plus que dans 40% des cas, les personnes ayant fait une tentative de suicide ou un suicide ont consulté un professionnel de santé dans les jours qui précédaient le geste (28). En déstigmatisant ces troubles auprès des professionnels de santé, on peut espérer aussi contribuer à déstigmatiser cette maladie auprès des patients et de la population.

La stratégie de mieux dépister et repérer les troubles dépressifs et les personnes à risque suicidaire par le médecin généraliste en premier recours semble donc une stratégie de prévention incontournable aux Antilles et laisser le spécialiste psychiatre en seconde ligne. Nous pouvons imaginer que la mise en place systématique des deux questions « avez vous une perte de plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement? et avez vous perdu votre entrain ou vous sentez vous inexplicablement fatigué? » ou l'utilisation de tests diagnostiques en pratique clinique (38) peuvent y participer, ainsi que des efforts de formation ou de soutien.

L'étude de Magalon-Bingenheimer (38), propose pour sa part plusieurs axes: l'ouverture de consultations de psychiatrie sans rendez-vous comme le font les

médecins généralistes

la mise en place de permanence téléphonique afin de pouvoir disposer d'un avis ponctuel

une amélioration de la lisibilité du circuit de soin en psychiatrie

l'ouverture d'une structure d'accueil spécifique des patients souffrant de trouble dépressif caractérisé

l'envoi régulier au médecin traitant d'un courrier sur la prise en charge psychiatrique de son patient

un renforcement de la collaboration entre médecine de ville et médecine hospitalière

En résumé, les médecins généralistes demandent un accès aux soins spécialisés qui soit facile, rapide et clairement défini.

Il semble donc intéressant de décrire avec plus de précision le problème du risque suicidaire en Guadeloupe en mobilisant les trois axes de prévention:

la prévention primaire: avec la prise en compte des facteurs environnementaux qui sont les déterminant sociaux de la santé: isolement, précarité sociale, chômage etc....(24); le dépistage précoce et le traitement des épisodes dépressifs caractérisés et tenter l'éviction des moyens létaux. Améliorer dans la population générale l'information sur la santé mentale et la reconnaissance du caractère pathologique des pensées suicidaires

la prévention secondaire: campagnes d'information et de formation sur la détection des pensées suicidaires par le médecin généraliste et par l'entourage, d'améliorer le réseau de prise en charge des patients avec une meilleure formation des généralistes, une meilleure connaissance des modes de soins et recours diversifiées accessibles

la prévention tertiaire : prise en charge pertinente, efficace et à long terme de la

crise suicidaire avec des hospitalisations adéquates et une meilleure alliance médecin généraliste-psychiatre, continuer la vulgarisation de la psychiatrie en permettant aux proches de pouvoir alerter le corps médical de manière efficiente.

Une donnée de l'étude peu explorée dans la littérature est le recours aux médecines douces, à l'homéopathie, et au conseil des proches. Les enquêtés expriment une satisfaction et une efficacité importante et pérenne, ce qui ouvre une piste de stratégie possible. Axer des stratégies de prévention auprès des aidants, ne pas cliver la profession médicale des croyances locales, « démedicaliser » un problème de santé publique peuvent limiter le fait que la psychiatrie reste une spécialité qui fait peur au plus grand nombre.

Finalement, la population générale n'a probablement pas qu'un parcours de soins unique, qui est probablement pluriel dans la logique ; « on essaie tout ce qui marche » avant d'aller vers le médical, et encore plus rarement vers le spécialiste. Nous pouvons imaginer qu'une meilleure alliance avec les associations locales, les références culturelles traditionnelles, voire avec les croyances religieuses ou autres, serait une stratégie à évoquer. Impliquer les personnes influentes en Guadeloupe pourrait aussi permettre de toucher un grand nombre de personnes.

VI CONCLUSION

Il est intéressant de noter qu'il n'existe pas de différence entre la prévalence des troubles dépressifs par rapport à la France mais que pour le risque suicidaire la différence est significative. Les campagnes de préventions et les objectifs de prévention en Guadeloupe ne doivent pas différer fondamentalement de celles de la Métropole, mais être seulement adaptées aux représentations sociales locales, qui conditionnent les parcours de soins.

Nous pouvons noter que malgré de grandes campagnes de vulgarisation, pour la population générale des guadeloupéens, le psychiatre n'est pas le partenaire de santé de premier recours. La population objective un parcours de soin probablement plus complexe et multifactoriel, où l'entourage immédiat et le médecin généraliste occupent les premières places. Les patients semblent avoir recours à de multiples moyens pour se soigner, qu'ils soient médicaux ou non médicaux. La part de médecine douce et du conseil des proches est importante et contrairement aux autres formes de soin, se continue dans le temps. Nous pouvons donc imaginer que des campagnes de préventions pluridisciplinaire seraient plus adéquates afin de diminuer la prévalence de la dépression et du risque suicidaire.

Ces campagnes de formation et d'information devraient respecter certains

principes, dont :

continuer les campagnes de prévention de vulgarisation de la psychiatrie et notamment du risque suicidaire afin que les proches puissent reconnaître les signes d'alerte.

améliorer la collaboration avec les médecins généralistes et d'améliorer leurs connaissances diagnostiques et thérapeutiques, et leur capacité à orienter les patients selon les critères HAS

ne pas discréditer les médecines dites « alternatives » afin d'améliorer l'alliance thérapeutique des patients

améliorer l'accessibilité des établissements et structures spécialisées dans le parcours de soin des malades

continuer à produire des travaux de recherches en Guadeloupe.

Nous espérons pouvoir y contribuer dans la suite de notre parcours professionnel et de nos travaux.

Bibliographie

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, et al. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. In : Conférence de consensus. 2000. p. 19-20.
- Amruth, G., Praveen-Kumar, S., Nataraju, B., & Kasturi, P. (2014). Study of psychiatric comorbidities in epilepsy by using the Mini International Neuropsychiatric Interview. *Epilepsy & Behavior*, 33, 94-100.
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2003) Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (101: 2003: Lyon),. *Psychiatrie et migrations*. Masson.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D.M., Deavoll, B.J., Nightingale, S.K., (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *American Journal of Psychiatry* 153, 1009–1014.
- Beck, F., & Guignard, R. (2012). La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La Santé de l'homme*, 43-45.
- Bellamy V, Roelandt J-L, Caria A. (2005) Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale : images et réalités. *Inf Psychiatr*. 2005 Apr 1;81(4):295–304.
- Benoist, J. (1993). *Anthropologie médicale en société créole*. Presses universitaires de France
- Benoist, J. (1996). *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... & Torres, J. V. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*, 101(1), 27-34.
- Bombereau, G. (2005) *Représentations Sociales du VIH/SIDA en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique*. 2005. Thèse de doctorat. Université Laval Québec.
- Bonnet, D. (2000). Au-delà du gène et de la culture. *Hommes et migrations*, 23-38.
- Caria A, Roelandt J-L, Bellamy V, Vandeborre A. (2010) « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*;36(3, Supplement 1):1–6
- Chabaud, F., Debarre, J., Serazin, C., Bouet, R., Vaïva, G., & Roelandt, J. L. (2010). Etude des profils de population selon le niveau de risque suicidaire en France: Enquête «santé mentale en population générale». *L'Encéphale*, 36(3), 33-38.
- Chen, Y.W., Dilsaver, S.C., (1996). Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biological Psychiatry* 39, 896–899.
- Cox, B.J., Drenfeld, D.M., Swinson, R.P., Norton, G.R., (1994). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *American Journal of Psychiatry* 151, 882–887.
- Davor Zink MA, Bern Lee BA, Daniel Allen PhD. (2015) *Structured and Semistructured Clinical Interviews Available for Use Among African American Clients: Cultural Considerations in the Diagnostic Interview Process*. *Guide to Psychological Assessment with African Americans*, book pp19-42. Springer;
- de Guadeloupe Saint, A. D. S. *Plan Stratégique Régional de Santé Agence de Santé de Guadeloupe Saint-Barthélemy Saint Martin Document de Travail au 11/07/11*.

- Direction Générale de la Santé. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008. Ministère de la santé. Disponible sur www.sante.gouv.fr
- Du Roscoät, E. et Beck, F. (2013) Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 61, no 4, p. 363-374.
- Dussol, V. (2014). Vulnérabilité et «créolité»: implications éthiques dans le soin. *Éthique & Santé*, 11(1), 13-17
- Eynaoud, M. (2015). Histoire des représentations de la santé mentale aux Antilles. La migration des thérapeutes. *L'information psychiatrique*, 91(1), 66-74.
- Gillberg, I. C., Helles, A., Billstedt, E., & Gillberg, C. (2016). Boys with Asperger syndrome grow up: psychiatric and neurodevelopmental disorders 20 years after initial diagnosis. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(1), 74-82.
- Guilbert, P. et Gautier, A. Baromètre santé 2005. INPES, coll. Baromètre santé, 2006.
- Haute Autorité de Santé (2014). Episode dépressif caractérisé de l'adulte: prise en charge en premier recours (actualisation). Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2014. Disponible sur www.has-sante.fr
- Hawton, K. et Van Heeringen, K. (2009) Background and epidemiology. *Lancet*, vol. 373, p. 1372-81.
- Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé. Matinée de prévention "vers une destigmatisation de la santé mentale". 2014. Dossier de presse disponible sur www.ireps.gp
- Insee. (1997) Familles créoles et créolisation de la famille, une analyse de la famille en Guadeloupe. *Antiane* 1997 Avril(34)
- Ionita, A., Florea, R., & Courtet, P. (2009). Prise en charge de la crise suicidaire. *L'Encéphale*, 35, S129-S132.
- Jehel, L., Howard, N., Pradem, M., Simchowitz, Y., Robert, Y., & Messiah, A. (2015). Prendre en compte la dimension transculturelle dans l'évaluation du risque suicidaire et du psychotraumatisme. *European Psychiatry*, 30(8), S79.
- Joly, P., Taïeb, O., Abbal, T., Baubet, T., & Moro, M. R. (2005). Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe. *La psychiatrie de l'enfant*, 48(2), 537-575.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 617-626.
- Lagaude, A., (2015) mémoire de DES : Le recours aux soins des malades dépressifs en Guadeloupe et la représentation du trouble par la population : quelles orientations pour les futures campagnes de prévention ?
- Laliberté, A., & Tousignant, M. Suicide, alcool et Autochtones.
- Lambooy, B., Leon, C., & Guilbert, P. (2007). Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55(3), 222-227.
- Leclerc, A., Kaminski, M., et Lang, T. (2009) Comblent le fossé en une génération: le rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 57, no 4, p. 227-230.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Hergueta, T., et al. (1998) The mini international neuropsychiatric

- interview. *European Psychiatry*, vol. 13, no 1004, p. 198s-198s.
- Lesage, A., St-Laurent, D., Gagné, M., & Légaré, G. (2012). Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 239-255.
- Magalon-Bingenheimer, K., Magalon, D., Zendjijian, X., Boyer, L., Griguer, Y., & Lançon, C. (2013). Dépression en médecine générale. *La Presse Médicale*, 42(4), 419-428.
- Mahy, G., (1997). Mental health. In: *Health Conditions in the Caribbean*. Pan American Health Organization, Washington, DC, pp. 204–220.
- Mann, J.J., (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine* 136, 302–311.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.
- Massé R. (2002) Culture et dépression à la Martinique : itinéraire épistémologique d'une recherche anthropologique. *Innovations et Sociétés*;(2):pp. 17–36
- Millner, A. J., Lee, M. D., & Nock, M. K. (2015). Single-Item Measurement of Suicidal Behaviors: Validity and Consequences of Misclassification. *PloS one*, 10(10), e0141606.
- Ministre, R. À. M. L. P. (2015). Suicides des jeunes Amérindiens en Guyane française: 37 propositions pour enrayer ces drames.
- Moro, M. R. (1994). *Parents en exil: psychopathologie et migrations*. Presses universitaires de France.
- Mouquet M and Bellamy V. (2006) *Suicides et tentatives de suicide en France*, d.E. Direction de la Recherche, de l'Évaluation et des Statistiques, Editor. 2006, Ministère de la Santé et des Solidarités.
- Nicoli, M., Bouchez, S., Nieto, I., Gasquet, I., Kovess, V., & Lépine, J. P. (2012). Idéation et conduites suicidaires en France: prévalence sur la vie et facteurs de risque dans l'étude ESEMeD. *L'Encéphale*, 38(4), 296-303.
- Plan Stratégique Régional de Santé Agence de Santé de Guadeloupe Saint-Barthélemy Saint Martin Document de Travail au 11/07/11
- Roelandt J.L, Caria A, Benradia I, Vasseur Bacle S.(2012) De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays. *Psychology, Society, & Education*, Vol.4, No 2, pp.137-149
- Rotgé, J. Y., Tignol, J., & Aouizerate, B. (2007). Prise en charge de la dépression en soins primaires: revue et perspectives. *L'Encéphale*, 33(4), 552-560.
- Sareen, J., Cox, B.J., Afifi, T.O., de Graaf, R., Asmundson, G.J., ten Have, M., Stein, M.B., (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry* 62, 1249–1257.
- Schneck, C. D., Miklowitz, D. J., Calabrese, J. R., Allen, M. H., Thomas, M. R., Wisniewski, S. R., ... & Bowden, C. L. (2014). Phenomenology of rapid-cycling bipolar disorder: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *American Journal of Psychiatry*.
- Semler, G., Witichen, H.-U., Joschke, K., et al. (1987) Test-retest reliability of a standardized psychiatric interview (DIS/CIDI). *European archives of psychiatry and neurological sciences*, vol. 236, no 4, p. 214-222.

- Slama, F., Dehurtevent, B., Even, J.D., Charles-Nicolas, A., Ballon, N., Slama, R., (2008). Characteristics of a French African Caribbean epidemiological psychiatric sample with a history of suicide attempt. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38, 720–727.
- Slama, F., Merle, S., Ursulet, G., Charles-Nicolas, A., & Ballon, N. (2011). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among Caribbean people in the French West Indies. *Psychiatry research*, 190(2), 271-274.
- Weiss, M. G., Isaac, M., Parkar, S. R., Chowdhury, A. N., & Raguram, R. (2001). Global, national, and local approaches to mental health: examples from India. *Tropical Medicine & International Health*, 6(1), 4-23.

ANNEXE 1 : La fiche suicide de SMPG

| | | |
|---|--|--|
| Au cours du mois écoulé, avez-vous ? | | |
| 01 Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité(e) être mort(e) ? | | |
| 02 Voulu vous faire du mal ? | | |
| 03 Pensé à vous suicider ? | | |
| 04 Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ? | | |
| 05 Fait une tentative de suicide ? | | |
| Au cours de votre vie, | | |
| 06 Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? | | |
| Si Oui > ou = 1 de 01 à 06 → DX = Oui | | |
| Si DX = oui, spécifier le niveau du risque suicidaire comme ci-dessous : | | |
| Si 01 ou 02 ou 06 = Oui → léger | | |
| Si 03 ou (02 + 06) = Oui → moyen | | |
| Si 04 ou 05 ou (03 + 06) = Oui → élevé | | |

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.



Administrateur Provisoire de l'Université des Antilles : Jacky NARAYANINSAMY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

| Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers | |
|--|--|
| Bruno HOEN | Maladies Infectieuses CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 15 45 |
| Pascal BLANCHET | Chirurgie Urologique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95 |
| André-Pierre UZEL | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66 |
| Pierre COUPPIE | Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39 |
| Thierry DAVID | Ophtalmologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55 |
| Suzy DUFLO | ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16 |
| Eustase JANKY | Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89 |
| François ROQUES - | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 71 |
| Jean ROUDIE | Chirurgie Digestive CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71 |
| Jean-Louis ROUVILLAIN - | Chirurgie Orthopédique CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 28 |
| André CABIE | Maladies Infectieuses CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 01 |
| Philippe CABRE | Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61 |

| | |
|--|---|
| Vincent MOLINIE | Anatomopathologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 50 |
| Raymond CESAIRE | Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 11 |
| Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers <i>(Suite)</i> | |
| Philippe DABADIE | Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82 |
| Maryvonne DUEYMES-BODENES | Immunologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 24 |
| Régis DUVAUFERRIER | Radiologie et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 84 |
| Annie LANNUZEL | Neurologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13 |
| Louis JEHEL | Psychiatrie Adulte CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 44 |
| Mathieu NACHER | Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24 |
| Guillaume THIERY | Réanimation CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES Tel : 05 90 89 17 74 |
| Magalie DEMAR - PIERRE | Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09 |
| Vincent MOLINIE | Anatomie Cytologie Pathologique CHU de FORT DE FRANCE Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50 |
| Philippe KADHEL | Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 20 |
| Michel DEBANDT | Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52 |
| Jeannie HELENE-PELAGE | Médecine Générale CHU de Pointe-à-Pitre / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40 |
| Karim FARID | Médecine Nucléaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 67 |

| | |
|------------------------------|---|
| Mehdi MEJDOUBI | Radiodiagnostic et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 84 |
| Rémi NEVIERE | Physiologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 |
| Christian SAINTE-ROSE | Radiodiagnostic et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 |

Professeurs Associés de Médecine Générale

| | |
|--------------------------------|--|
| Franciane GANE-TROPLENT | Médecine générale Cabinet libéral les Abymes Tel : 05 90 20 39 37 |
|--------------------------------|--|

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

| | |
|---|--|
| Christophe DELIGNY | Médecine Interne CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55 |
| Jocelyn INAMO | Cardiologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38 |
| Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE | Endocrinologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03 |
| Marie-Laure LALANNE-MISTRIH | Nutrition CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00 |
| Sébastien BREUREC | Bactériologie & Vénérologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 12 80 |
| Narcisse ELENGA | Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37 |
| Moana GELU-SIMEON | Gastroentérologie hépatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 |

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

| | |
|--------------------|--|
| BANCEL Paul | ORL/Chirurgie maxillo faciale CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : Tél. : 0590 89 14 60 |
|--------------------|--|

| | |
|---|---|
| BORJA DE MOZOTA Daphné | Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tél. : 0590 89 19 89 |
| DARCHE Louis | Chirurgie Digestive et Viscérale CHU de Martinique Tél. : 0596 55 |
| DE RIVOYRE Benoit | Ophthalmologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 14 50 |
| DEBBAGH Hassan | Chirurgie thoracique CHU de Martinique Tél. : 0596 55 22 71 |
| DOURNON Nathalie | Maladies infectieuses CHU de Pointe-à-Pitre Tel : 05 90 89 10 10 |
| GALLI-DARCHE Paola | Neurologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 |
| Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux (Suite) | |
| GHASSANI Ali | Gynécologie-Obstétrique CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 19 89 |
| JACQUES-ROUSSEAU Natacha | Anesthésie-Réanimation CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 11 82 |
| MARY Julia | Rhumatologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 23 52 |
| MOINET Florence | Rhumatologie-médecine interne CHU de Martinique Tél. : 0596 55 22 55 |
| MONFORT Astrid | Cardiologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 23 72 |
| MOUREAUX Clément | Urologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 13 95 |
| NABET Cécile | Parasitologie et Mycologie CH "Andrée ROSEMON" de Cayenne Tél. : 0594 39 53 59 |
| PARIS Eric | Réanimation CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 10 10 |
| PIERRE-JUSTIN Aurélie | Neurologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 13 40 |

| | |
|-------------------------|--|
| SAJIN Ana Maria | Psychiatrie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 44 |
| SEVERYNS Mathieu | Chirurgie orthopédique CHU de Martinique Tél. : 0596 55 22 28 |

| | |
|--|--|
| Chefs de Clinique des Universités – Médecine Générale | |
| CARRERE Philippe | Médecine Générale CHU de Pointe-à-Pitre /Cabinet Tél. : 0690 99 99 11 |
| PLACIDE Axiane | Médecine Générale CHU de Martinique / Cabinet |
| NIEMETZKI Florence | Médecine Générale CH « Andrée Rosemon » de Cayenne/Cabinet |
| MOUNSAMY Josué | Médecine Générale CHU de Pointe-à-Pitre /Cabinet |

| Professeurs EMERITES | |
|------------------------------|--|
| CHARLES-NICOLAS Aimé | Psychiatrie Adulte |
| Georges JEAN-BAPTISTE | Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44 |
| Serge ARFI - | Médecine interne CHU de FORT- DE – France Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45 |
| Bernard CARME | Parasitologie |

-

NOM ET PRENOM : JEAN-BAPTISTE Cécile Océane Marie

SUJET DE LA THESE : LE RISQUE SUICIDAIRE EN GUADELOUPE : QUELLE REALITE EN POPULATION GENERALE ? QUELLES STRATEGIES DE PREVENTION ?

THÈSE : MÉDECINE

QUALIFICATION : Médecine Spécialisée en Psychiatrie

ANNÉE : 2016/2017

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : 2016ANTI0101

MOTS CLEFS : comportement suicidaire : facteurs de risque, Guadeloupe, psychiatrie : Guadeloupe, suicide : enquête, population générale, suicide : prévention, tentative de suicide, Antilles

Examineurs :

Président du jury : Monsieur le Professeur Michel CARLES

Juge : Madame le Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE

Juge : Monsieur le Professeur Thierry DAVID

Juge : Monsieur le Docteur Philippe DESPREZ

Directrices : Mesdames les Docteurs Audrey CÉSAIRE et Julie-Anne DUSACRE