



HAL
open science

La problématique du suicide chez les amérindiens de la commune de Camopi entre 2008 et 2015

Rémi Pacot

► **To cite this version:**

Rémi Pacot. La problématique du suicide chez les amérindiens de la commune de Camopi entre 2008 et 2015. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01635740

HAL Id: dumas-01635740

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01635740v1>

Submitted on 15 Nov 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.

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2016

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
2016ANTI0107

**LA PROBLEMATIQUE DU SUICIDE
CHEZ LES AMERINDIENS
DE LA COMMUNE DE CAMOPI
ENTRE 2008 ET 2015**

THESE

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 27 octobre 2016

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

REMI PACOT

Examineurs de la thèse:

M. NACHER Mathieu
M. COUPPIE Pierre
Mme DUEYMES Maryvonne
M. SIMCHOWITZ Yves
M.BROUSSE Paul

Professeur(Président)
Professeur
Professeur
Docteur en psychiatrie
Docteur en médecine (Directeur
de thèse)

Liste des Professeurs des Universités

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

NEVIERE Rémi	Physiologie CHU de FORT- DE - FRANCE
Bruno HOEN	Maladies Infectieuses CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
Pascal BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44
Pierre COUPPIE	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83
Thierry DAVID	Ophthalmologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51
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 - Fax 05 90 89 13 88
DE BANDT Michel	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44
François ROQUES	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
Jean ROUDIE	Chirurgie Digestive CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie Orthopédique CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
SAINTE-ROSE Christian	Neurochirurgie Pédiatrique CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96
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
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT- DE - FRANCE

Philippe DABADIE	Tel : 05 96 55 24 11 Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Tel : 05 96 89 11 82 Immunologie CHU de FORT- DE - FRANCE
Régis DUVAUFERRIER	Tel : 05 96 55 24 24 Radiologie et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE
Annie LANNUZEL	Tel : 05 96 55 21 84 Neurologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Louis JEHEL	Tel : 05 90 89 14 13 Psychiatrie Adulte CHU de FORT- DE - FRANCE
Mathieu NACHER	Tel : 05 96 55 20 44 Epidémiologie CH de CAYENNE
Guillaume THIERY	Tel : 05 94 93 50 24 Réanimation CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Magalie DEMAR-PIERRE	Tel : 05 90 89 17 74 Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE
Vincent MOLINIE	Tel : 05 94 39 53 09 Anatomie Cytologie Pathologique CHU de FORT DE FRANCE
Philippe KADHEL	Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50 Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
MEJDOUBI Mehdi	Radiologie et Imagerie CHU de FORT- DE - FRANCE

Professeurs des Universités Associé

Karim FARID	Médecine Nucléaire CHU de FORT- DE - FRANCE
-------------	---

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY	Gériatrie et biologie du vieillissement CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55
Jocelyn INAMO	Cardiologie CHU de FORT- DE - FRANCE

Françoise GANE-TROPLENT	Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 88 Médecine générale Cabinet libéral Les Alynnes Tel : 05 90 20 99 37
Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE	Endocrinologie CHU de POINTE-À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03
Marie-Laure LALANNE-MISTRH	Nutrition CHU de POINTE-À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00
Sébastien BREUREC	Bactériologie & Mycologie CHU de POINTE-À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 12 80
Narcisse ELENIA	Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 05 94
GELU-SIMEON Mouna	Gastroentérologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 - Fax : 05 90 75 84 88

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD	Urologie CHU de POINTE-À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
MARY Julia	Rhumatologie CHU de FORT-DE -FRANCE Tel : 05 96 55 23 52
MOINET Florence	Rhumatologie et Médecine Interne CHU de FORT-DE -FRANCE Tel : 05 55 22 55
Philippe CARRERE	Médecin Générale CHU de POINTE-À -PITRE/ABYMES Tel : 06 90 99 99 11
DE RIVOYRE Benoit	Ophthalmologie CHU de POINTE-À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 50
SEVERYNS Mathieu	Orthopédie CHU de FORT-DE -FRANCE Tel : 05 90 55 22 28

BORIA DE MOZOTA Daphné

Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89

ROSE-DITE MODESTINE Johan

Urologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 13 95

JACQUES-ROUSSEAU Natacha

Anesthésiologie/Réanimation
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 96 89 11 82

GUILLE Jérôme

ORL et Chirurgie Maxillo-Faciale
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95

BLETTERY Marie

Rhumatologie SD
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

SCHOELL Thibaut

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

SAJIN Ana Maria

Psychiatrie
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 20 44

GHASSANI Ali

Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89

BRUNIER-AGOT Laurent

Rhumatologie
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 23 52

GALLI-DARCHE Paola

Neurologie
CHU de FORT-DE-FRANCE

CHARMILLON Alexandre

Maladies Infectieuses
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 39

Professeurs EMERITES

CARME Bernard

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte

ARFI Serge

Médecine Interne

Résumé

Titre:

La problématique du suicide chez les amérindiens de la commune de Camopi entre 2008 et 2015.

Résumé:

Introduction: en 2013 en Guyane française, dans la communauté amérindienne de Camopi, ont été recensés par les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) 6 suicides chez des adolescents âgés de 13 à 18 ans. Ce phénomène suicidaire s'est prolongé les années suivantes. Cette étude avait pour objectif de décrire cette épidémie et d'identifier les facteurs associés à la tentative de suicide (TS).

Matériel et méthode: l'étude était épidémiologique, observationnelle et rétrospective. Une première partie concernait le recensement des TS et des suicides entre 2008 et 2015, chez les Amérindiens connus des CDPS. La deuxième partie comprenait un questionnaire, adressé aux Amérindiens qui avaient fait une TS dans cette même période.

Résultats: Le taux de suicide annuel était plus élevé durant les trois dernières années de la période étudiée. Il était équivalent à 296 pour 100 000 habitants, soit plus de 18 fois le taux de suicide annuel en France métropolitaine. Le taux de létalité était de 30.4% contre 8.2%. La tranche d'âge des 10-20 ans regroupait 71% des décès par suicide et il n'y avait pas de différence significative entre les sexes. Le conflit interpersonnel constituerait le principal événement de vie stressant déclaré par les enquêtés (52%), sans compter les deuils auxquels ils ont été exposés dans l'entourage proche. La dépendance à l'alcool (30% des enquêtés), serait liée significativement à l'occurrence de TS, sous l'emprise de l'alcool ($p=0.03$). La récurrence de TS serait liée significativement à la consommation de cannabis ($p=0.03$). La dépression était retrouvée chez 45% des enquêtés et la maltraitance dans l'enfance chez 33%. Les enquêtés ont déclaré que leur TS leur avait été dictée par un esprit dans 58% des cas.

Conclusion: Des points névralgiques de la problématique du suicide chez les amérindiens de la commune de Camopi ont été mis en évidence. Des propositions de réponses ont été amenées, dans une logique d'actions qui devront être menées avant tout par la communauté amérindienne, en concert avec la Cellule pour le Bien-être des Populations de l'Intérieur.

Mots clés: suicide, tentative de suicide, Amérindiens, Guyane, adolescents, alcool, esprit.

Abstract

Title:

The suicide issue among American Indians living in Camopi between 2008 and 2015.

Introduction: in 2013 in French Guiana, 5 suicides by hanging and 1 by firearm among teenagers aged between 13 and 18 years within the American Indian community of Camopi were reported. Since 2013, the number of suicides increased leading to an epidemic of suicide. This study aims to describe this epidemic and identify factors associated with suicide attempt.

Method: a retrospective observational study was conducted. Firstly, a census of all suicide attempts and suicides committed between 2008 and 2015 by American Indian living in Camopi and Trois Sauts and registered in Health Centres was done. Secondly, a survey was conducted among individuals that committed suicide between 2008 and 2015 in the same population.

Results: during the study period, the annual suicide rate was higher in the last three years. In 2015, this rate was equal to 296 for 100000 inhabitants, which is more than 18 fold of the suicide rate in mainland France as well as the fatality rate which was of 30.4% versus 8.2% in mainland France. The 10-20 years age group gathered 70% of suicide deaths and there was no significant difference between genders. The interpersonal conflict was the main stressful life event reported by respondents (52%), without taking into account bereavements in close circle. Alcohol addiction (30% of respondents) was associated with suicide attempts under the influence of alcohol ($p=0.03$). Suicide recidivism was associated with cannabis consumption ($p=0.03$). Depression was observed among 45% of respondents and child abuse among 33%. More than a half reported that their suicide attempt was established by a spirit (58%).

Conclusion: key points were identified in the suicide issue among American Indian living in Camopi locality. Suggested answers have been raised in a response plan that should be conducted by the American Indian community with an organisation: Cellule pour le Mieux-être des Populations de l'Intérieur.

Key Words: suicide, suicide attempt, American Indian, French Guiana, adolescents, alcohol, Spirit.

Table des matières

Liste des Professeurs des Universités.....	2
Résumé.....	6
Abstract	7
Table des matières	8
Index des figures	11
Index des tableaux.....	12
Glossaire	13
Introduction	14
1. Contexte	15
1.1 Histoire et géographie.....	16
1.2 Démographie de la commune de Camopi.....	19
2. Législations internationales et françaises relatives aux droits des Amérindiens.....	19
2.1 Sur le plan international	19
2.2. Sur le plan européen	20
2.3. Sur le plan national.....	21
3. Suicide et tentative de suicide.....	26
3.1. Définitions.	27
3.2. Le suicide dans le monde, en France et en Guyane	28
3.3. Les Plans d'action contre le suicide déjà existants en France métropolitaine et en Guyane	32
3.4. Du point de vue socio-psychiatrique.....	41
3.5. Le point de départ de cette thèse	42
Objectifs	44
1. Objectif principal	44
2. Objectifs secondaires	44
Matériel et méthode	45
1. Schéma d'étude.....	45
2. Population d'étude.....	45
3. Lieux d'inclusion	46

4.	Période d'inclusion	46
5.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	47
5.1.	Critères d'inclusion :	47
5.2.	Critères d'exclusion :	47
6.	Déroulement de l'étude	47
6.1.	Obstacles rencontrés.....	47
6.2.	Le recensement des cas de suicide et de tentatives de suicide	48
6.3.	Le questionnaire	49
7.	Questionnaire.....	49
7.1	Elaboration	49
7.2.	Contenu	50
8.	L'analyse des données.....	54
9.	Considérations éthiques et culturelles.....	54
	Résultats	55
1.	Recensement des suicides et des tentatives de suicide.....	55
1.1.	Les suicides	55
1.2.	Les tentatives de suicide (TS)	58
2.	Le questionnaire.....	61
2.1.	Contexte socio-démographique.....	61
2.2.	Recueil des évènements de vie dans l'année qui a précédé la TS, pour la personne ou son entourage proche.....	62
2.3.	Facteurs de vulnérabilité suicidaire	65
2.4.	Troubles liés à l'usage de substances.....	72
2.5.	Place et rôle des professionnels de santé	76
2.6.	Conception du suicide et prise en charge dans la culture amérindienne	79
2.7.	Ce qu'évoque le suicide pour les enquêtés.....	83
	Discussion	85
1.	Données quantitatives.	85
2.	Données qualitatives.....	86
2.1.	Données sociodémographiques	86
2.2.	Evènements de vie précédant la TS.	88
2.3.	Facteurs de vulnérabilité.....	89
2.4.	Troubles liés à l'usage de substances.....	92
2.5.	Place et rôle des professionnels de santé à Camopi	94

2.6. Conception du suicide et prise en charge dans la culture amérindienne	95
3. Facteurs limitant de l'étude	97
Conclusion	99
Bibliographie	102
Annexe n°1: Taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants), 2012	105
Annexe n°2: Territoire de la commune de Maripasoula, en Guyane française	106
Annexe n°3: Carte du moyen et haut-Oyapock.....	107
Annexe n°4: le questionnaire	108
Annexe n°5: Photo de Trois-Sauts.....	111
Serment d'Hippocrate	112

Index des figures

Figure 1. Territoires wayampi et teko des années 1815 à 1850.....	18
Figure 2. Carte de Guyane représentant les zones du Parc Amazonien, la Zone d'Accès Réglementée et les Zones de Droits d'Usage Collectif.	23
Figure 3. Taux de suicide par genre, en France de 1990 à 2011.....	29
Figure 4. Nombre de suicides entre 2008 et 2015.....	56
Figure 5. Fréquence des suicides en fonction de l'âge entre 2008-2015, à Camopi.	57
Figure 6. Répartition des TS entre 2008 et 2015.	58
Figure 7. Incidence des TS en fonction de l'âge.	60
Figure 8. Cinétique de l'apparition des suicides à Camopi et Trois-Sauts entre 2008 et 2015	66
Figure 9. Cinétique de l'apparition des TS à Camopi et Trois-Sauts entre 2008 et 2015.	66
Figure 10. Répartition des fréquences de consommation de cannabis.....	72
Figure 11. Répartition des âges de début de consommation du cannabis.....	73
Figure 12. Répartition des âges de début de consommation d'alcool.	74
Figure 13. Tableau récapitulatif des troubles liés à l'usage de substances.	76
Figure 14. Fréquence de l'origine des voix entendues au moment de la TS.	80
Figure 15. Taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants), 2012	105
Figure 16. Territoire de la commune de Maripasoula, en Guyane française	106
Figure 17. Carte du moyen et haut-Oyapock.....	107
Figure 18. Photo de Trois-Sauts	111

Index des tableaux

Tableau 1. Suicides dans la commune de Camopi entre 2008 et 2015	55
Tableau 2. Fréquence des modes de suicide en fonction du sexe.....	58
Tableau 3. Incidence des TS entre 2008 et 2015	58
Tableau 4. Données sociodémographiques des TS entre 2008 et 2015.....	62
Tableau 5. Table récapitulative des évènements de vie traversés l'année précédant la TS. ..	65
Tableau 6. Répartition des données de maltraitance dans l'enfance avec l'occurrence d'une dépression en aval.....	69
Tableau 7. Répartition des données de maltraitance dans l'enfance avec l'occurrence d'un caractère violent en aval.	69
Tableau 8. Répartition des données de maltraitance dans l'enfance et dans leur propre foyer, avec l'occurrence d'un caractère violent en aval.....	70
Tableau 9. Récapitulatif des facteurs de vulnérabilité.....	71
Tableau 10. Comparaison des consommateurs de cannabis et des gens ayant récidivé	73
Tableau 11. Relation entre dépendance à l'alcool et TS sous l'emprise de l'alcool.	75
Tableau 12. Comparaison des gens ayant récidivé une TS et de ceux ayant rencontré l'EMP	77
Tableau 13. Comparaison des gens qui auraient eu besoin d'une aide à un moment donné et de ceux ayant rencontré l'EMP	78
Tableau 14. Rapport entre dépression et mélancolie.....	81
Tableau 15. Rapport entre religion et le fait de croire à une vie après la mort.	82
Tableau 16. Récapitulatif des items de la conception amérindienne du suicide.	83

Glossaire

AGPS : Association Guyanaise de Prévention du Suicide
ANSP : Agence Nationale de Service à la Personne
AUDeG : Agence d'Urbanisme et de Développement de la Guyane
CCPAB : Conseil Consultatif des Populations Amérindiennes et Bushinengue
CDPS : Centre Délocalisé de Prévention et de Soins
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CeRMéPI : Cellule pour le mieux-être des populations de l'intérieur
CHAR : Centre Hospitalier Andrée Rosemon
CHOG : Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais
CIDH : Commission Interaméricaine des Droits de l'Homme
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPI : Centre Médico-Psychologique Infantile
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DAAC : Développement Accompagnement Animation Coopération
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
DIM : Département d'Information Médicale
EMP : Equipe Mobile de Psychiatrie
GGPS : Groupement Guyanais de Prévention du Suicide
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OIT : Organisation Internationale du Travail
PAG : Parc Amazonien de Guyane
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
TS : Tentative de Suicide
UNPS : Union nationale de Prévention du Suicide
ZAR : Zone d'accès Réglementé
ZDUC : Zone de Droits d'Usage Collectif

Introduction

Cette introduction se donne pour but de circonscrire le sujet du travail présenté, qui est de mettre en lumière la problématique du suicide chez les amérindiens Teko et Wayampi habitant sur les rives de l'Oyapock, au sud de la Guyane française, sur une période donnée allant de 2008 à 2015.

Dans le cadre d'une thèse de médecine générale, il s'agit d'évoquer le sujet d'une manière globale, pouvant emprunter alternativement les voies de la psychiatrie, de la santé publique, de la médecine de proximité, mais aussi celle de la sociologie, de la psychologie ou de l'anthropologie.

Le but final étant de permettre la connaissance de la réalité accablante d'un échec de prise en charge en termes de santé publique dans un territoire de l'état français et de pouvoir améliorer la prise en charge de cet écueil, en tant que soignant.

Dans cette introduction, nous resituerons dans une première partie la problématique de ces communautés autochtones dans leur contexte historique, géographique et démographique; puis nous parlerons dans un second temps des réglementations françaises et internationales qui encadrent notre sujet et dans un troisième temps, nous poserons les définitions en termes de psychiatrie de la problématique suicidaire qui nous occupe et nous exposerons les plans d'action contre le suicide déjà existants, en Guyane, en métropole et dans le monde.

Préambule sur la Guyane

La Guyane se caractérise par un grand nombre de populations d'origines diverses. Disposant d'un large espace inhabité, la Guyane a très tôt cherché à faire venir des immigrants pour peupler son territoire. Or, jusqu'au début des années 1960, elle en attira peu: à cette époque, elle est composée essentiellement d'Amérindiens, de Créoles, de Noirs Marrons et de Métropolitains.

Secondairement, des vagues successives de migrations vont en faire la région française où la part de la population immigrée est la plus forte, avec 30% de la population départementale selon l'INSEE en 2011 : les Brésiliens représentent 25% des immigrants et viennent en Guyane depuis la seconde moitié du 20e siècle. Les Haïtiens et Surinamais représentent 30% chacun,

depuis les années 1980; ont suivi dans une large mesure les Guyaniens, ou encore les Dominicains.

1. Contexte

Si les premières traces archéologiques de peuples amérindiens sur le territoire remontent à 5000 ans avant notre ère, lorsque les français y font une première reconnaissance pour le compte du roi de France en 1604, la Guyane est peuplée de quatre peuples premiers: les Arawak et les Palikur (famille Arawak), sans doute arrivés au 3^{ème} siècle de notre ère auxquels s'ajoutent deux groupes dits amérindiens Karibes venant de l'Orénoque, les Kalina (appelés aussi Galibi dans la littérature) et les Wayana, l'un et l'autre plus probablement présents en Guyane vers le VIII^{ème} siècle (1). Ces quatre peuples premiers sont pour l'essentiel côtiers, sauf les Wayana qui vivent sur le haut Maroni du fait de leur défaite militaire face aux Kalina dont les raids contre les peuples amérindiens seront fréquents jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle. Deux autres peuples amérindiens vont postérieurement à l'arrivée des Européens, s'installer sur ce territoire au début du XV^{ème} siècle: ce sont des Tupi-Guarani venus de l'actuel Brésil, lesquels s'implantent pour l'essentiel sur le fleuve Oyapock: il s'agit des Teko (aussi appelés Emerillons par les Européens) et les Yayapi (ou Wayampi).

Ces peuples n'ont jamais été réduits à la servitude. On estime aujourd'hui leur nombre à 10 000 personnes.

Quelques familles Apalaï (peuple du Brésil) ont récemment été signalées dans les communautés Wayana, ainsi que quelques individus Akuriyo et Tiriyo (peuples du Surinam et du Brésil) parmi les Emérillon du haut Maroni et les Wayana (2).

1.1 Histoire et géographie

1.1.1 Famille Tupi-Guarani

La famille tupi-guarani est la branche la plus importante de la **grande famille tupi** (parfois dénommée *tronc*) qui, avec ses dix branches ou familles différentes, représente le plus important groupe de langues amérindiennes sud-américaines (3). Neuf branches sont intégralement réparties en Amazonie, cependant que le **sous-groupe tupi-guarani**, avec plus d'une quarantaine de langues ou dialectes, a une extension plus méridionale (Nord de l'Argentine, Paraguay, Bolivie, Brésil), **le wayampi et le teko** en Guyane française en étant les représentants les plus septentrionaux. Cette famille est la mieux connue des familles de langues sud-américaines, nommée d'après les noms des groupes les plus importants à l'époque de la colonisation de l'Est de l'Amérique du Sud, les Tupinamba et les Guarani. La langue des Tupinamba est aujourd'hui éteinte, mais a laissé une empreinte importante dans le lexique du portugais du Brésil et celui d'autres langues européennes (*tapioca, jaguar, manioc, toucan, tapir...*). L'ancien guarani est encore parlé aujourd'hui.

1.1.2 Teko (ou Emerillon)

Les Emerillons sont une ethnie amérindienne de 400 personnes environ, présente exclusivement en Guyane française. Entre eux, les Emerillons s'appellent Teko, produit de la coalescence de groupes formateurs, et particulièrement d'ethnies Tupi présentes en Guyane dès la fin du XV^{ème} siècle et regroupées sous le nom de proto-Emerillon (4): Piriú, Novak, Akokwa, Warakupi, Emerillon, Way, Kaikusiana. Ces populations correspondent à l'avancée la plus précoce et la plus septentrionale du vaste mouvement migratoire tupi-guarani engagé depuis la côte méridionale du Brésil. Les Wayampi, autre ethnie Tupi de Guyane, originaire du bas Xingu, n'ont commencé leur pénétration sur le versant « français » des Tumuc-Humac qu'à la fin du XVIII^{ème} siècle (5). Les derniers membres d'autres ethnies (rescapés des épidémies amenées par la colonisation et des regroupements imposés par les missions jésuites au XVIII^{ème} siècle) se sont donc intégrés aux Emerillons proprement dits. Malgré ces ralliements, en 1953, les Emerillons n'étaient plus que 52 (6). Depuis cette époque, l'accroissement démographique a été très fort, facilité par la politique

d'intermariage avec les Wayampi et les Wayana qui, grâce au principe de « résidence uxorilocale » (le lieu de résidence du couple est déterminé par celui de l'épouse) , n'a pas porté préjudice à l'intégrité du groupe.

Les villages émérillons se trouvaient historiquement sur le Haut-Approuague, le Haut-Camopi, l'Inini, l'Arawa et le Tampock, c'est-à-dire toujours à l'intérieur des terres. Leurs vies sédentaires les faisaient circuler sur le « Chemin des Emérillons » qui relie la Waki et le Camopi (7). Depuis 1971, toute cette zone est interdite à la libre circulation. L'entrée dans la zone est tributaire d'une autorisation préfectorale. Comme souvent pour les populations indigènes d'Amérique, la situation législative est particulière.

Actuellement, les villages émérillons sont situés dans deux uniques zones : une à l'ouest, sur le Haut Maroni et le Tampok (village d'Elahé, de Kayodé, de Tampok...), et une à l'est (à Camopi et dans quelques hameaux aux alentours).

1.1.3 Wayampi

Les plus anciennes mentions écrites que l'on possède des Wayampi (sources portugaises du XVII^{ème} siècle) les placent sur les rives du rio Xingu, affluent méridional de l'Amazone, qu'ils traversent à partir de 1720, fuyant les missions religieuses portugaises, poursuivant ainsi une lente mais continue migration vers le nord. Un siècle plus tard, arrivés sur le versant méridional des Tumuc Humac, ils concluent avec leurs ennemis Wayana une paix solennelle (2). Ayant atteint les formateurs de l'Oyapock, ils pénètrent en territoire guyanais. (Voir la carte figurant sur la page suivante.) Suite aux épidémies opérant, comme partout ailleurs sur le continent, entre 1820 et 1840, les Wayampi passent d'environ 6000 personnes à un peu plus de 1000. Aujourd'hui, on compte plus de 1860 Wayampi, répartis en trois grands sous-groupes : les Wayampi méridionaux restés dans le bassin de l'Amapari, Etat d'Amapa au Brésil ; les Wayampi centraux, sur les rives du haut Oyapock, dans les quatre villages de Trois-Sauts ; enfin, les Wayampi septentrionaux, sur le moyen Oyapock, dans plusieurs hameaux jouxtant le bourg de Camopi.

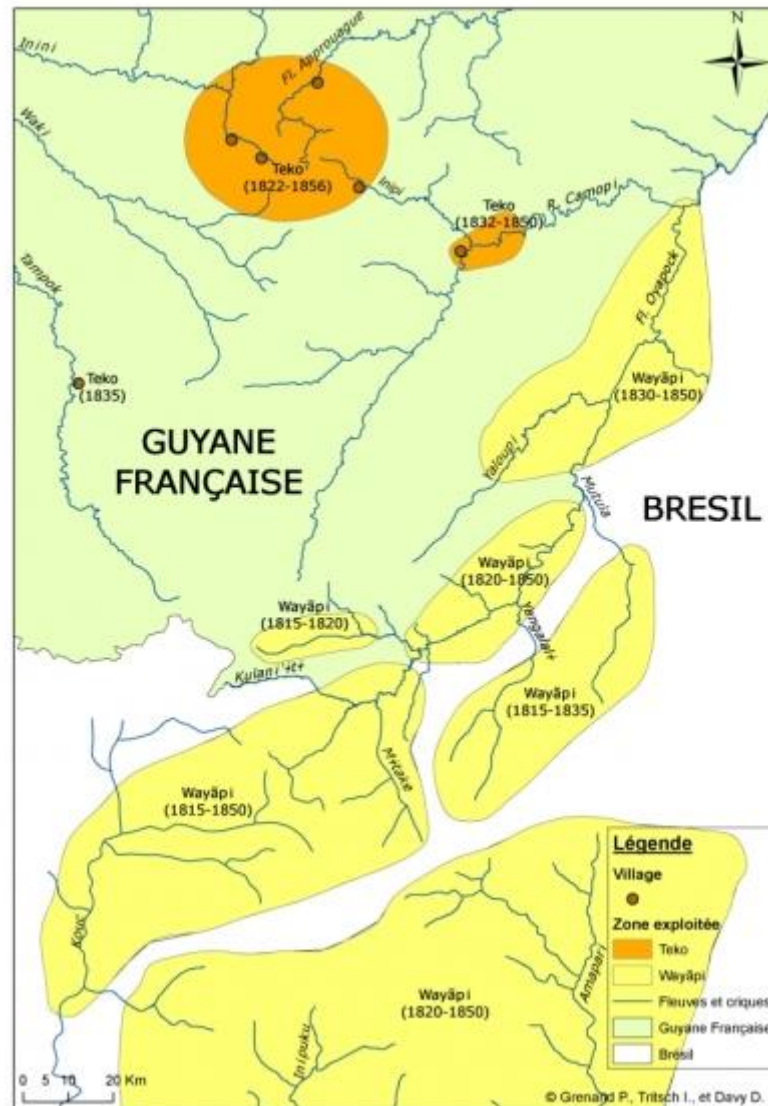


Figure 1. Territoires wayampi et teko des années 1815 à 1850

Depuis 1970, les Wayampi sont citoyens français. Ceux du Brésil sont régis par le statut spécial de l'« Indigène », garanti par la Constitution.

Malgré les aléas qu'entraîne une entrée inéluctable dans le concert de la modernité, les Wayampi réussissent pour le moment, à conserver un fragile équilibre entre la chasse, la pêche, la cueillette et l'agriculture sur brûlis. Ces quatre piliers de leur économie reposent sur une exceptionnelle connaissance de la forêt qui les environne. La parfaite maîtrise qu'ils ont de leur langue est, dans ce combat, une arme de poids. Effectivement, la langue Wayampi est structurée en fonction du milieu dans lequel les gens vivent, c'est-à-dire les éléments de la nature.

En Guyane, le contact entre Emérillons et Wayampi n'est pas ancien : il n'a lieu que depuis 1830 et est permanent à Camopi depuis 1951. Chaque ethnie a connu une histoire différente pendant les siècles précédents (8).

1.2 Démographie de la commune de Camopi

Depuis sa création en 1969, la commune a vu sa population multipliée par six. La population de Camopi a augmenté de 592 habitants en 11 ans, soit une progression considérable de 57% et une variation annuelle de 4,2 %, valeur supérieure à la moyenne départementale (3,5% pour la période 1999-2010).

En 2010, la population de Camopi représentait 0,7 % de la population totale de la Guyane. Cette progression est essentiellement le fait d'un accroissement naturel largement excédentaire avec un taux de natalité élevé (47,2% en 2010) bien qu'en baisse depuis 1967.

LE MOYEN-OYAPOCK : **65% de la population**, 12 lieux de vie sur l'Oyapock (bourg et hameaux), 14 lieux de vie sur la Camopi (hameaux), 1 043 habitants en 2010.

LE HAUT-OYAPOCK : **35% de la population**, 12 lieux de vie (villages et hameaux) 571 habitants en 2010 (9).

En 2010, la population de Camopi se caractérise par une forte représentation des classes d'âge les plus jeunes : **48 % de la population a moins de 14 ans**. Parmi eux, les enfants en bas âge sont majoritaires.

Cette situation a des incidences significatives sur les besoins en équipements collectifs, et plus particulièrement les établissements scolaires.

Les plus de 60 ans représentent seulement 3 % de la population communale.

En 2014 d'après les sources de l'Insee, il y a avait 1745 habitants dans la commune de Camopi.

2. Législations internationales et françaises relatives aux droits des Amérindiens

2.1 Sur le plan international

Pour resituer les peuples amérindiens de Guyane dans leur contexte, il faut partir de l'ensemble des Indiens d'Amazonie. De nouvelles constitutions ont été adoptées ces vingt-

cinq dernières années, pour la plupart à la suite de ruptures de régimes (2). Citons le Brésil, en 1988, la Colombie en 1991, le Venezuela en 1999 et plus récemment l'Equateur, en 2008 et la Bolivie en 2009. Les autochtones y figurent comme jamais auparavant. On en est venu à renoncer à l'équivalence nécessaire, ou du moins souhaitable entre un Etat et une nation: la plurinationalité, la multiethnicité et l'interculturalité font aujourd'hui partie de la définition de plusieurs de ces Etats.

Le droit international a accompagné et stimulé ces changements de cap et **l'Organisation Internationale du Travail** a joué un rôle majeur. Sa Convention 107 de 1957, rédigée dans l'esprit intégrationniste de l'après-guerre, est remplacée par la **Convention 169 de 1989**: Cette Convention « prescrit la consultation libre et informée des peuples indigènes et tribaux préalablement à toute politique ou projet de développement qui les affecte » . « Elle impose leur participation dans la formulation de ces politiques et projets ».

Des neufs pays qui se partagent l'Amazonie, seuls le Guyana, le Surinam et la France n'ont pas signé ni ratifié la Convention 169 de l'OIT. Tous les autres l'ont fait, ce qui contraste avec l'abstention des pays africains et asiatiques.

Pour se défendre, les peuples autochtones s'organisent en associations locales ou nationales et portent plainte formellement à la **Cour Interaméricaine des Droits de l'Homme** (CIDH), une branche de l'Organisation des Etats Américains. Encore une organisation qui sera peu en faveur des droits des Amérindiens.

Citons également l'Assemblée générale des Nations Unies qui, en 2007, a adopté la **Déclaration sur les droits des peuples autochtones**, prenant note de la recommandation faite par le **Conseil des droits de l'homme** dans sa résolution 1/2 du 29 juin 2006.

Avec une telle panoplie légale, on pourrait croire que les droits des autochtones sont désormais respectés. Il n'en est rien.

2.2. Sur le plan européen

Enonçons ici la **Charte européenne des Langues régionales ou minoritaires, 1992**, à laquelle, l'Etat français répond que:

« Conformément à la décision du Conseil constitutionnel, la déclaration interprétative du 7 mai 1999

- ne confère pas de droits spécifiques à des groupes de locuteurs de langues régionales ou minoritaires ;
- dispose que l'usage du français s'impose aux personnes morales de droit public et aux personnes de droit privé dans l'exercice d'une mission de service public et aux usagers dans leurs relations avec les administrations et services publics. »

2.3. Sur le plan national

L'histoire de la Guyane française a donné au monde amérindien dans cette région un profil particulier par rapport à la plupart des situations rencontrées ailleurs dans l'espace amazonien. Aussi nous allons préciser encore quelques points d'histoire et de géopolitique.

Après 1946, lorsque la Guyane a cessé d'être une colonie pour devenir un « département français d'outre-mer », les Amérindiens se sont vus proposer **la citoyenneté française**. La situation ainsi créée, lourde de malentendus et d'incompréhension, a ouvert la voie au développement d'un mouvement politique revendicatif permettant en 1984 à une nouvelle génération amérindienne de prendre la parole dans l'espace politique local et national, lors du **premier Congrès des Amérindiens de Guyane française**.

Les peuples Wayampi et Teko, longtemps demeurés dans un isolement relatif, ne font que depuis une vingtaine d'années leur entrée (désormais à marche forcée) dans une certaine « modernité » technologique, économique et politique. Ils sont confrontés aux conséquences sanitaires, économiques, sociales, de l'orpaillage clandestin, ainsi qu'aux enjeux nouveaux qu'a fait surgir la création en 2007, du **Parc Amazonien de Guyane** (PAG).

(Nous garderons en mémoire qu'un nouveau boom aurifère assaillit le sud guyanais à la suite de découvertes jugées fabuleuses faites dans le secteur de Maripasoula en 1992. La même année, au Sommet de la Terre de Rio de Janeiro, le Président Mitterrand annonçait le projet d'un Parc national dans cette région.)

Charte du PAG et la zone de cœur de parc (9):

Elle impose à toute personne souhaitant se rendre en zone de cœur de demander une autorisation préfectorale et au Directeur du PAG lorsqu'il s'agit d'une étude scientifique, au titre de la réglementation de l'accès au parc.

Le tourisme est perçu comme une activité économique dont le développement est envisagé dans la zone de cœur et prévoit la manière dont l'activité doit être appréhendée avec les communes et les communautés d'habitants.

La commune de Camopi est intégrée dans sa totalité au sein du PAG, (en zone de cœur et zone de libre accès) créé en 2006.

Elle regroupe la totalité des Wayampi du territoire français et la quasi-totalité des Teko.

La Délégation territoriale de l'Oyapock se trouve à Camopi et compte 16 agents (Agents de développement local, moniteurs forestiers, piroguiers, layonneurs...).

La charte du PAG a été approuvée en octobre 2013 alors que la commune de Camopi ne s'était pas encore prononcée sur son adhésion.

Le 15 mai 2015, la commune a adhéré à la charte.

Selon la commune, avec la création du parc et de sa zone de cœur, c'est une partie des ressources nécessaires au développement qui se voit gelée, au profit d'une tentative d'administration bienfaitrice de ce territoire: la réglementation interdit les activités économiques implantées à l'intérieur de la zone de cœur. Le paradoxe a évidemment été soulevé par les élus. Tout en ne réglant pas le problème d'accès à la propriété pour ces populations, point éminemment crucial et décisif pour toute démarche d'entrepreneuriat et d'aide au financement qui n'est que très peu abordée dans la charte, notamment au sein des zones de libre adhésion.

Depuis 1984 et leur premier Congrès, les Amérindiens de Guyane française se sont épuisés à essayer de se voir reconnaître une spécificité que l'Etat ne veut pas leur accorder. Ce dernier approuvant la Déclaration sur les Droits des peuples autochtones de l'ONU mais refusant de reconnaître la présence de peuples autochtones sur son sol (Tiouka, 2012)

Le **Conseil Consultatif des Populations Amérindiennes et Bushinenge (CCPAB)** a été créé par le gouvernement du président Sarkozy en juin 2010, mais ce conseil n'a pas souvent son mot à dire dans les prises de décisions qui le regardent. Il apparaît en effet dans son fonctionnement comme une illustration de l'incohérence de la position de l'Etat dès lors qu'il est question de ces peuples. Un grand conseil coutumier est attendu à la fin de l'année 2016.

La revendication d'un droit à se voir attribuer des terres communautaires avait représenté une des revendications formulées par les leaders des différentes « nations » amérindiennes de Guyane dès 1984. Trente ans plus tard, cette question n'a toujours pas de réponse

satisfaisante de la part de l'Etat et elle reste au centre des revendications autochtones en Guyane.

L'Etat avait bien accepté par un décret publié en 1987, un aménagement à la loi commune en reconnaissant la possibilité au profit des « communautés d'habitants qui tirent traditionnellement leurs moyens de subsistance de la forêt » l'attribution de « **Zones de Droit d'Usage Collectif** »(ZDUC). Le décret prévoyait également la possibilité de se faire concéder collectivement des terres domaniales. Les élus ont refusé pour la plupart le principe de voir accorder une telle dérogation aux Amérindiens. En 2013 aucune concession ou cession n'a jamais été attribuée à ce titre sur la commune de Camopi.



Figure 2. Carte de Guyane représentant les zones du Parc Amazonien, la Zone d'Accès Réglementée et les Zones de Droits d'Usage Collectif. (9)

Les Zones de Droit d'Usage Collectif

Ils s'agit de « droits d'usage collectifs pour l'exercice de toute activité nécessaire à la subsistance de ces communautés » sur « les terrains domaniaux de l'Etat et des collectivités territoriales ». Les modalités de mise en œuvre de cette possibilité sont renvoyées par l'article R.172-7 du code forestier et aux articles R.170-56 et R.170-57 du code du domaine de l'Etat créés par le **Décret n°87-267 du 14 avril 1987.**

En Guyane, plusieurs communes sont concernées par ce régime spécial de ZDUC : Awala-Yalimapo, Mana, Saint-Georges, Saint-Laurent, Maripasoula, Camopi, Kourou, Macouria et Roura.

L'article R.170-57 du code du domaine de l'Etat encadre l'exercice des droits d'usage collectifs : ces droits « ne peuvent être exercés que sous réserve de l'application des dispositions relatives à la recherche et à l'exploitation de substances minières et des dispositions relatives à la protection de la nature et des espèces animales et à la défense de l'environnement »

Les ZDUC instaurées sur la commune de Camopi:

Sur la commune de Camopi, trois ZDUC ont été constatées par arrêté

-Arrêté n°2053 1D/4B du 8 décembre 1994 : ZDUC pour les amérindiens de Camopi sur le fleuve de l'Oyapock et les rivières de Camopi, Inipi et Tamouri

-Arrêté n°327 D/4B du 3 mars 1994 : ZDUC pour les communautés Wayampi de Trois Sauts sur des terrains de Camopi

-Arrêté n°841 1 D/4B du 22 mai 1995 : ZDUC pour les communautés des Emerillons sur des terrains le long du chemin des Emerillons sur les communes de Camopi et Maripasoula

Sur le territoire de la commune de Camopi, les ZDUC couvrent une superficie importante (311 461 ha hectares au total soit 28% du territoire communal) et occupent principalement :

-un territoire de 5 à 10km de part et d'autre des principaux cours d'eau (les berges de l'Oyapock et de la rivière Camopi, de la crique Inipi et la crique Petit Tamouri)

-une zone de 25km de diamètre en arrière des pôles habités du Haut-Oyapock.

Ce dispositif présente de nombreuses limites pour les communautés amérindiennes. Par exemple, il interdit les activités économiques pour les communautés d'habitants (Wayampi et Teko) créant des freins aux projets de développement économique de la commune ainsi qu'aux stratégies individuelles. En effet dans la pratique, France Domaine refuse de délivrer

des titres de propriété individuels dans les ZDUC, incontournables pour obtenir un justificatif relatif à l'occupation foncière, élément demandé pour l'attribution d'aides publiques...

Tout l'enjeu, aujourd'hui, pour ces Amérindiens du sud est désormais d'arriver à organiser une nécessaire protection contre une trop forte pression venue de l'extérieur tout en s'insérant dans le tissu socio-économique et politique guyanais auquel ils ne peuvent plus rester étranger. C'est en ce sens que la commune de Camopi a engagé une réflexion sur le maintien, la suppression ou le déplacement de la « Zone d'Accès Réglementé » qui limitait depuis 1970 l'accès à la moitié sud de la Guyane.

Zone d'Accès Réglementé

La Zone d'Accès Réglementé (ZAR) couvre le territoire de la Guyane situé au Sud d'une ligne reliant le confluent de la crique Waqui et du Maroni (à l'Ouest) et le confluent de la Camopi et de l'Oyapock (à l'Est). Les communes de Maripasoula, Saül, Régina et Camopi sont donc concernées et la ZAR couvre 85% du territoire de la commune de Camopi (soit 887 856 ha).

Arrêtés préfectoraux instaurant la ZAR:

L'instauration de la ZAR, repose sur une possibilité juridique donnée au Préfet de délimiter, sur une partie du territoire départemental et pour une durée limitée, la libre circulation des personnes au nom du maintien de l'ordre public (article L2215-1 du code général des collectivités territoriales).

Toute personne souhaitant se rendre dans la zone d'accès réglementé doit demander une autorisation à la Préfecture.

Actuellement il existe une remise en question des motifs de la ZAR. Effectivement à l'intérieur de cette zone, la circulation s'est intensifiée depuis une dizaine d'années suite à la reprise de l'orpaillage illégal. En effet, celui-ci concerne des dizaines de milliers de « garimpeiros » brésiliens actuellement en activité et opérant en toute impunité.

De nombreux échanges avec les pays frontaliers sont observés.

Les motifs évoqués dans les différents arrêtés ne sont plus d'actualité :

- le motif de la méconnaissance et de la négligence des risques encourus concerne quasiment tout le territoire guyanais.
- le motif originel d'ordre sanitaire semble dépassé : ces populations sont à présent moins sensibles aux maladies occidentales ; les deux grands problèmes sanitaires sont le suicide et l'alcoolisme.

- le motif tiré du respect des modes de vie, des coutumes, de l'organisation sociale et familiale, ainsi que du particularisme des populations met en cause des principes constitutionnels qui s'opposent à ce que soient reconnus des droits collectifs à quelque groupe que ce soit, défini par une communauté d'origine, de culture, de langue ou de croyance (décisions n° 91-290 DC n°99-412 DC).

De plus, on peut se demander en quoi le fait de devoir demander une autorisation préfectorale en précisant les motifs du déplacement sur place (professionnels,) va contribuer à respecter les coutumes et l'organisation sociale et familiale. (L'arrêté qui instaure la ZAR ayant pour objet la sauvegarde de l'ordre public (il repose sur l'article L2215-1 du CGCT) pour des raisons de sûreté, de sécurité et de salubrité publique.

3. Suicide et tentative de suicide.

Le taux de suicide en France a connu un pic autour de 1985, mais on observe une tendance globale à la baisse depuis vingt-cinq ans (10).

Une stratégie nationale d'actions face au suicide a été mise en place en 2000 par la Direction générale de la santé pour la période 2000-2005. Cette politique publique a été construite autour de 4 axes d'interventions prioritaires qui sont: la prévention, la diminution de l'accès aux moyens létaux, l'amélioration de la prise en charge et de la connaissance épidémiologique.

Dans les lois et mesures récentes qui ont été mises en place ces 15 dernières années, nous citerons:

- Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 19 et 20 octobre 2000.
- La loi n°806-2004 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, prescrivant par ailleurs l'établissement d'un Plan régional de santé publique (PRSP). Tout plan régional développe la thématique « santé mentale et suicide ».
- Le Plan de psychiatrie et de santé mentale (2005-2008)
- Le soutien apporté par la Direction générale de la santé à des associations de prévention du suicide. Notamment, les journées nationales pour la prévention du

suicide sont organisées chaque année par l'Union nationale pour la prévention du suicide(UNPS).

- Observatoire National de Suicide créé en 2013.
- PNACS 2011-2014. Plan National d'Action Contre le Suicide. Réalisée par le Haut Conseil de Santé Publique(HCSP)

L'effort de recherche se poursuit, afin de faire progresser les connaissances sur le suicide. Ainsi, les principales conclusions de l'expertise collective, réalisée sous l'égide de l'INSERM en 2005, à la demande de la DGS font apparaître que **l'autopsie psychologique** (11) par la reconstruction du parcours psychologique, social et médical d'une personne décédée par suicide constitue un outil d'intérêt pour la mise en évidence de facteurs de risque et de facteurs précipitants.

En France, la base de données nationale sur les causes médicales de décès produite par l'INSERM-CépiDC permet d'élaborer des indicateurs essentiels à la connaissance épidémiologique du suicide. Notamment, on note par exemple que le taux de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (taux multiplié par 3.1). Les taux de décès augmentent fortement avec l'âge, en revanche, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes.

3.1. Définitions (12).

- Le suicide: «tout acte entraînant la mort, délibérément entrepris et exécuté par une personne consciente de son issue fatale et dans le but de se donner la mort» (Gelder, 2001).
- O- yeïka : correspond en wayampi à une traduction de notre propre concept du suicide (sui-cide, se tuer). Cependant lorsqu'on interroge directement un proche de la personne concernée, il répondra « celui-ci a tué son corps ».
- La crise suicidaire : « période où le suicide devient une solution pour apaiser les souffrances psychiques actuelles» (Seguin 1999, 2001).
- Les personnes suicidantes : « celles qui ont réalisé une tentative de suicide et qui en ont réchappé avec plus ou moins de séquelles : de l'absence de séquelles à d'atroces séquelles » (Kreitman, 1977).

- La tentative de suicide : « tout acte n'entraînant pas la mort, lors duquel un individu se blesse lui-même de manière délibérée ou ingère une substance dans une quantité excédant la quantité prescrite ou dépassant le dosage normal » (Kreitman, 1977).

3.2. Le suicide dans le monde, en France et en Guyane

3.2.1. Le suicide dans le monde

Le suicide fait davantage de victimes que la guerre ou les catastrophes naturelles et concerne le monde entier, avec toutefois de fortes disparités (13).

En 2012, le taux de suicide global standardisé selon l'âge était de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes).

Si l'on considère les chiffres absolus, il est cependant frappant de constater qu'un quart de tous les suicides du monde se produisent dans deux pays seulement : la Chine et l'Inde, ce qui reflète la taille de leurs populations respectives. La Chine compte à elle seule 20 % des suicides mondiaux.

Le Guyana affiche le taux de suicide le plus élevé (44,2, pour 100 000 habitants), suivi par la Corée du Nord (38,5).

Le 22 septembre 2014 a eu lieu la réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies, dite Conférence mondiale sur les peuples autochtones (14). Dans le sixième paragraphe on peut lire : « Nous encourageons les Etats qui ne l'ont pas encore fait à envisager de ratifier la Convention de 1989 relative aux peuples indigènes et tribaux (n°169) de l'Organisation Internationale du Travail, ou d'y adhérer. Nous rappelons l'obligation que la Convention fait aux Etats qui l'ont ratifiée de développer une action coordonnée et systématique en vue de protéger les droits de ces peuples. »

3.2.2. Le suicide en France

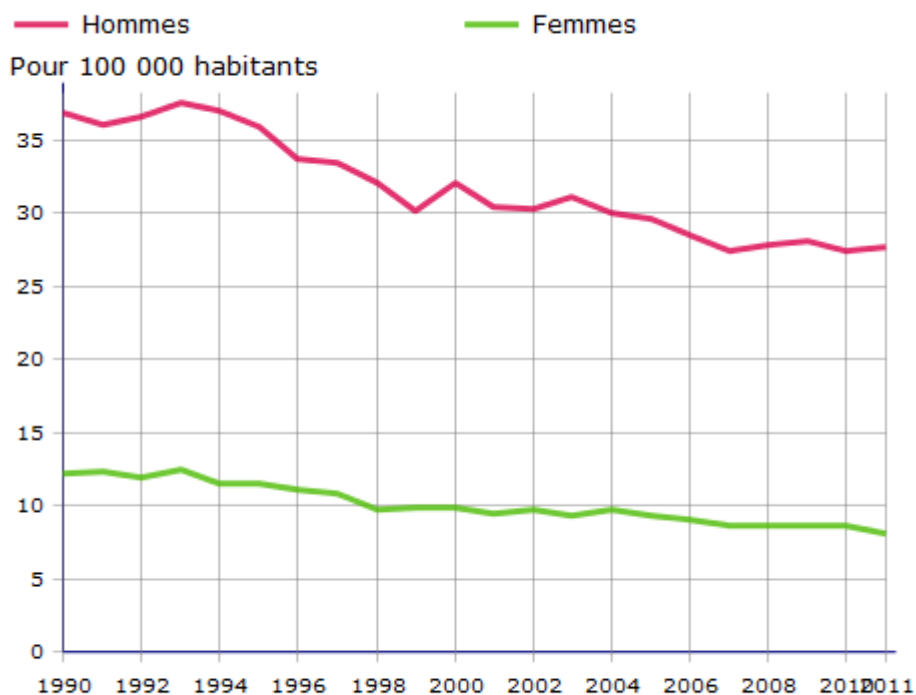
Environ 195 000 tentatives de suicide sont enregistrées chaque année en France, versus environ 12 000 suicides (10). Alors que le suicide complété touche surtout les hommes

(fréquence relative plus élevée chez les hommes âgés mais nombre absolu de suicides supérieur chez les hommes âgés de 40 à 50 ans), les tentatives de suicide sont d'abord le fait des jeunes femmes âgées de 15 ans à 19 ans, puis celui des femmes âgées de 40 ans à 50 ans. Sur le plan géographique les régions françaises sont inégalement touchées, le taux de suicide allant de 9 pour 100 000 en Île-de-France à 28 pour 100 000 en Bretagne, avec des variations encore plus importantes à des niveaux infrarégionaux et infra-départementaux. La France se place dans la moyenne haute des pays industrialisés en termes de prévalence du suicide.

Selon la région de résidence, tous les individus ne sont pas confrontés au suicide de la même manière. La Bretagne, le Limousin, les personnes de plus de 65 ans, les hommes, connaissent les taux les plus élevés. À l'inverse, les Franciliens font partie des catégories les moins touchées.

Sur la figure suivante est représenté le taux de suicide par genre, de 1990 à 2011 :

Données - Taux de décès par suicide



Note : taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge (selon population d'Eurostat UE+EFTA 2010).
Sources : Inserm-CépiDc et Eurostat.

Figure 3. Taux de suicide par genre, en France de 1990 à 2011.

La moyenne nationale s'élève à 16 décès annuels par suicide pour 100 000 habitants, elle est de 26 en Corrèze et en Haute-Vienne et de 34 dans la Creuse.

Seul le département des Côtes d'Armor dépasse ce chiffre avec 39 suicides pour 100 000 habitants (15).

3.2.3. Le suicide en Guyane

Le député actuel de la 1^{ère} circonscription de Guyane, s'est félicité récemment de l'adoption par l'Assemblée Nationale de son amendement au projet de loi « Egalité et Citoyenneté » sur la lutte contre le suicide chez les jeunes guyanais (16).

Consécutivement, le gouvernement remettra au parlement dans les 6 mois suivant la promulgation de la loi, un rapport sur l'opportunité d'établir un Observatoire Régional du Suicide en Guyane.

Cet observatoire devra être chargé d'étudier et de mettre en place une stratégie de lutte contre les suicides dans notre territoire. Le rapport du gouvernement devra ainsi notamment faire des préconisations quant à la composition de cet observatoire qui devra comprendre des représentants des peuples amérindiens et bushinengés.

Il n'existe actuellement pas encore d'Observatoire Régional du Suicide ni dans les Antilles ni en Guyane.

Rappelons que, comme il l'a été relaté dans le rapport parlementaire en 2015 (17), cet Observatoire régional aurait du être mis en place depuis la création de l'Observatoire national du suicide en 2013 et que le projet, à l'initiative de l'ARS, entre autre, n'a pas abouti, sans qu'il n'ait été apporté de précisions à la mission parlementaire.

La statistique de mortalité par suicide en France est produite depuis 1968 par le CépiDc-Inserm qui gère la base de données des causes médicales de décès, établie à partir des certificats de décès (18).

La statistique des causes médicales de décès est produite, en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), à partir des informations recueillies dans le certificat de décès.

En Guyane, l'établissement d'un certificat de décès par un médecin n'est pas toujours réalisable du fait de l'isolement de certaines communes, ou de la barrière culturelle de certaines populations qui enterrent leurs morts avant toute enquête et ne désirent pas qu'un médecin s'immisce dans les rites mortuaires. Cela constitue un biais de recueil considérable.

Cependant, en utilisant les données du CépiDc pour l'année 2013, qui est la dernière année pour laquelle les données sont disponibles, on obtient en totalité 16 suicides recensés sur l'ensemble de la Guyane, 14 par pendaison et 2 par arme à feu pour une population totale recensée de 246 507 habitants. Soit un taux de suicide de 6.5 pour 100 000 habitants. Ce chiffre est très certainement sous-évalué.

3.2.4. Suicide sur le haut-Maroni

En 2006, une enquête sur les suicides survenus chez les amérindiens Wayanas/Emerillons depuis 1980 a été menée avec le souci exprimé d'endiguer l'épidémie (19). L'équipe constituée d'un psychologue clinicien du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (Cyril Labous) et du vice-président de l'association Wayana Kupun Komhe Heitei (Daniel Toko Toko), a cherché à identifier les besoins psychosociaux de la population, notamment ceux des jeunes. Cette étude épidémiologique se base uniquement sur la rive française, néanmoins la population de la rive surinamienne, issue des mêmes ethnies, serait également touchée.

L'étude révèle un taux de suicide élevé chez les populations du haut-Maroni de 280 pour 100 000 habitants).

L'enquête relève 15 suicides entre 1999 et 2006 sur la rive française. Un certain nombre de décès ne sont pas signalés par les habitants. Aussi la gendarmerie ne fait état que de 8 suicides pour cette période. De plus, les villageois enterrent souvent le défunt avant toute enquête, constituant un biais dans le recueil de mort par suicide.

Durant la période de l'enquête, il ne se passe pas une année sans suicide depuis 1998, année symbolique de l'arrivée de la télévision.

L'année 2000 marque un tournant inquiétant avec 4 suicides dans l'année, fréquence encore retrouvée en 2004 et 2005.

Cette enquête révèle 24 suicides identifiés entre 1980 et 2006 sur la rive française.

Elle retrouve une répartition des effectifs par classe d'âge particulière, à savoir que les jeunes de moins de 25 ans sont les plus touchés (70%). Il apparaît également que la tranche d'âge des moins de quinze ans est de plus en plus touchée. Ainsi 5 adolescents de moins de quinze ans se sont suicidés entre 2004 et 2006. Il est à noter que la prévalence du suicide décroît rapidement au-delà de 35 ans. Contrairement aux courbes d'évolution du suicide en métropole, chez les amérindiens wayana, le suicide commence à un âge très précoce (12 ans) et diminue avec l'avancée en âge. Il touche les deux sexes indifféremment, quel que soit l'âge.

3.3. Les Plans d'action contre le suicide déjà existants en France métropolitaine et en Guyane.

3.3.1. Evaluation 2016 du PNACS 2011-2014 (Programme national d'actions contre le suicide) (10).

Le suicide fait l'objet d'une politique nationale spécifique depuis les années 1990, formalisée dans une première stratégie nationale d'actions en 2000. Le (PNACS), pour lequel les travaux d'évaluation sont présentés ici, a été conçu à l'issue des travaux menés dès 2008 par un comité d'experts et de partenaires institutionnels et associatifs, présidé par le sociologue David Le Breton. Ce programme couvre un large périmètre de thématiques rattachées au suicide, et se décline en 6 axes, 21 mesures et 49 actions.

Pour faire un résumé sur les entités qui pourraient intéresser notre sujet, il faut noter :

3.1.1.1. 4 enjeux :

- Former au repérage des personnes à risque de comportement suicidaire

- Instauration de lignes d'appel d'urgence de type « suicide info service ».

- Se servir du Répertoire Opérationnel des Ressources¹(ROR) imposé depuis le 07 avril 2015 par la DGOS. (La mise en place de ce ROR, à ce jour inexistant en Guyane, est rendue obligatoire par la circulaire DHOS/01 n°2007-65 du 13 février 2007).

- Faire bénéficier d'une formation initiale et continue des professionnels de santé sur le modèle du Pr Terra à Lyon.

- Suivi systématique des personnes

- S'inspirer du réseau VIGILANS (20) mis en place par le Pr Vaiva à Lille.

- Adresser le patient à un praticien.

- Mettre à disposition un numéro d'urgence.

- Actions de promotion de la santé mentale et des compétences psycho-sociales

- Sensibilisation des professionnels à la politique de santé mentale.

- Actions d'accompagnement des proches.

- Formations des professionnels intervenant en milieu scolaire

- Suivi régional et obligation d'évaluation. Epidémiologie

- Intégrer et responsabiliser l'ARS.

- Nécessité d'identifier des données épidémiologiques annuelles.

3.1.1.2. Les priorités :

- Prise en charge des suicidants

- Elaboration d'un protocole de suivi d'au moins 6 mois.

- Urgence de disposer du ROR.

¹ ROR. « Toutes les régions devront avoir déployé un ROR interopérable et peuplé sur le périmètre du service d'orientation dans le cadre du parcours de soins d'un patient et le champ des établissements de santé pour les activités MCO, SSR et PSY, à échéance du 31 décembre 2015 ».

- Utilisation d'un logiciel de protocole type VIGILANS.
- Mettre à disposition un site web de référence sur le suicide (ANSP).
- Prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux suicidogènes.

3.3.2. Rapport de la commission parlementaire sur le suicide des jeunes amérindiens de Guyane française. 2015

Il a été confié par le premier ministre Manuel Valls à la sénatrice Mme Archimbaud et à la députée Mme Chapdelaine, parlementaires en mission auprès de madame la ministre des Outre-mer Mme Pau-Langevin (17). Une inspectrice générale des affaires sociales, Mme Voynet et un inspecteur général de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, Mr Blémont sont intervenus en appui à la mission.

Aux termes de ce rapport, ont été établies « 37 propositions pour enrayer ces drames et créer les conditions d'un mieux-être ». Les 17 premières propositions sont les plus prioritaires.

La première proposition paraît très intéressante pour la commune de Camopi, à savoir : « Renforcer le dispositif de prise en charge psychiatrique des personnes en crise suicidaire, des membres des familles et communautés impactées par un suicide

- Intervention de la cellule d'urgence médico-psychologique dans un délai inférieur à 24h ;
- Mise en place d'une antenne pérenne du CMP/CMPI de Cayenne à Camopi ;
- Mise en place d'un Observatoire régional du Suicide, défini et réfléchi en accord avec le CCPAB. »

Suite à la publication du décret n°2013-809 du 9 septembre 2013, portant création de l'Observatoire national du suicide, une réflexion a été conduite en Guyane, à l'initiative de l'ARS, du Rectorat, de la CeRMéPI, de l'unité INSERM 1178. Ce travail n'a pas abouti pour des raisons qui n'ont pas été précisées à la mission.

Citons également la quatrième proposition qui concerne directement le corps soignant: « Développer des politiques vigoureuses de lutte contre les addictions (alcool surtout mais aussi cannabis et cocaïne) »

Ce rapport fondamental doit servir de base aux revendications adressées à l'ARS de Guyane.

3.3.3. « Autopsie psychologique » INSERM 2005

La méthode a été développée aux USA, puis dans quelques pays principalement nordiques (Inserm, 2005) (11). A l'origine, une série d'entretiens intensifs auprès des proches d'une personne décédée dans des circonstances mal définies a été conduite en vue de reconstituer les circonstances sociologiques associées au décès. Au cours de ces entretiens, de très nombreux domaines peuvent être abordés: les circonstances de l'acte, l'histoire familiale depuis l'enfance, l'environnement social, le parcours de vie, la santé physique et/ou mentale, les événements de vie négatifs ou positifs, les conditions de travail, les antécédents de conduites suicidaires, les éventuels contacts avant le geste, la réaction des proches au suicide.

Une étude récente a analysé les motifs « proximaux » de suicide rapportés dans les études d'autopsie psychologique (Foster 2011) (21). Nous reparlerons de cette étude dans le chapitre « Discussion ». Elle montre que le suicide est associé à plus d'évènements de vie durant l'année qui précède le suicide, plus particulièrement chez le sujet jeune, de sexe masculin, porteur de troubles de la personnalité et présentant des problèmes d'abus d'alcool.

Parmi les événements de vie, on trouve les conflits interpersonnels qui contribuent au plus grand risque de suicide. Suivent, dans le désordre, les ruptures relationnelles, les événements légaux, le chômage, les problèmes professionnels ou financiers, le deuil, les violences domestiques. Puis trois types d'évènements à caractère moins social: les blessures, la maladie physique, les problèmes de logement chez les personnes âgées.

Les facteurs distaux sont représentés par l'adversité dans l'enfance: abus sexuels et physiques sont le plus fortement associés aux conduites suicidaires. Le risque étant le plus

grand s'ils se sont déroulés dans le cadre du foyer et commis par un membre de la famille proche.

Enfin, ces études montrent que le suicide est généralement porteur d'un message aux autres.

Le deuxième rapport de l'Observatoire national du suicide révèle que : « les autopsies psychologiques, encore peu développées en France, constituent le seul outil permettant de récolter un maximum d'informations fines sur la personne décédée par suicide et sur les circonstances de son décès (22). Elles mettent au jour les raisons du suicide et aident ainsi à une analyse précise des facteurs de risques ».

3.3.4. Dispositif Vigilans (20)

Créé en 2015 par le Professeur Vaiva au CHRU de Lille, ce programme de prévention du suicide est le premier à avoir été mis en place en France. Il sera évalué par la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale.

Ce dispositif est le modèle évoqué dans le cadre du suivi du patient, constituant un des quatre enjeux majeurs du PNACS.

3.3.5. EMP (Equipe Mobile de Psychiatrie) de Cayenne

Camopi fait partie du secteur psychiatrique du CHAR de Cayenne.

Depuis 2013, des Equipes Mobiles de Psychiatrie et de pédopsychiatrie appartenant respectivement au CMP adulte et ado de Cayenne, se déplacent une fois par mois pour aller dans la commune de Camopi. Ces équipes sont constituées d'un psychiatre et d'une infirmière spécialisée.

3.3.6. CUMP (Cellule d'Urgence Médico-psychologique) de Cayenne

Un psychiatre référent de la CUMP est désigné dans cette fonction par un arrêté préfectoral. Il est assisté d'un psychiatre et d'un psychologue. La CUMP, bien que la majorité de ses

volontaires travaillent dans les unités de pôle de psychiatrie de l'hôpital de Cayenne est une unité fonctionnelle du SAMU 973. Elle doit être activée par une procédure préfectorale.

3.3.7. L'exemple du CMP (Centre Médico-Psychologique) de Maripasoula

Maripasoula, plus grande commune de France, se situe sur le fleuve Maroni, constituant la frontière avec le Surinam. En amont de la ville de Maripasoula, le long du fleuve, se trouvent uniquement des villages amérindiens.

En 2012, le chef de pôle de psychiatrie du CHOG avait identifié des demandes particulières pour le secteur du haut Maroni qui fait partie de la sectorisation psychiatrique de l'Ouest, rattachée donc au CHOG; jusqu'alors, n'était organisée qu'une seule mission mensuelle de psychiatrie sur Maripasoula et tous les 2 mois sur Papaïchton et Antécum Pata alternativement.

Les problématiques liées au suicide concernaient surtout les jeunes adolescents amérindiens. Le taux d'addiction à l'alcool chez les Amérindiens est très élevé; c'est l'objet d'un travail collectif effectué par l'équipe du CMP par exemple, dans le village amérindien d'Antécum Pata. Travail en lien avec le chamane, le capitaine du village et le chef du village.

Le CMP basé à Maripasoula a été proposé à l'ARS en 2015 et le financement accordé en 2016; actuellement, en attente de la construction du CMP, l'équipe composée d'un psychiatre à mi-temps, d'un psychologue à mi-temps et de 2 infirmières permanentes sur Maripasoula, est hébergée dans les locaux du CDPS, ce qui permet un travail de proximité avec les équipes du CDPS. Le CHOG finance maintenant un piroguier indépendant pour que l'équipe du CMP puisse se rendre dans les villages isolés.

3.3.8. La CeRMePI (Cellule pour le mieux-être des populations de l'intérieur)

Créée à l'initiative du préfet de la Guyane, elle est opérationnelle depuis le mois de juillet 2015.

Constatant la multiplicité d'acteurs intervenant en tuyau d'orgue, sans coordination ni procédure stabilisée d'échange d'informations; la lassitude des populations devant des initiatives parallèles et redondantes, l'accent a été délibérément mis sur la prise en compte des spécificités culturelles des populations concernées, sur la nécessité, pour être efficaces, d'une approche large, excédant les seules questions de santé mentale.

D'après le préfet, le Conseil Consultatif des Populations Amérindiennes et Bushinengues (CCPAB) a été étroitement associé à ce projet.

La cellule s'impose comme un interlocuteur de 1^{er} ordre, en raison de l'implication personnelle considérable de sa coordinatrice, Mme Pradem, anthropologue, formée à l'ethnopsychiatrie par le Professeur Tobie Nathan.

La coordination de cette équipe devra être dès que possible assumée par une personne issue des communautés autochtones.

3.3.9. Le programme global de prévention communautaire du suicide en pays Wayana/Emerillon (2009)

L'organisation porteuse de ce projet était l'Association Guyanaise de Prévention du Suicide. Aujourd'hui cette association est « en sommeil » d'après sa présidente. Le projet a cependant été repris en partie par le GGPS (Groupement Guyanais de Prévention du Suicide, dont nous reparlerons des activités plus loin dans le texte) et par ailleurs, par l'association ADER (Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche).

L'objectif global est d'améliorer la qualité de vie et la santé mentale des jeunes Wayana de moins de 25 ans originaires de 5 villages du haut-Maroni.

L'ensemble des propositions de ce projet sont apparues très intéressantes et il faut noter que depuis 2014, aucun suicide n'a été relevé par les CDPS chez les amérindiens du haut-Maroni.

Voilà quelques points clés de ce projet :

- Constitution et formation d'un trinôme (un éducateur spécialisé et deux médiateurs)

- La formation continue des acteurs locaux en santé mentale et la structuration de sentinelles de prévention

Les formations sont animées par un des binômes psychologue-psychiatre ayant suivi la formation du Professeur Terra, cette formation permettra de créer une culture commune sur le suicide et sa prévention. Les participants seront issus de divers horizons différents, afin de garantir une mixité sociale et professionnelle. La formation délivrée par les formateurs associera des données théoriques et des mises en situation. Par la compréhension des facteurs de risque, des facteurs aggravants ou favorisant le passage à l'acte suicidaire, l'entourage d'un sujet « à risque » serait plus apte à évaluer le risque suicidaire.

- Le programme d'échanges de pratiques et d'expériences

Deux intervenants extérieurs seront sollicités pour animer cet atelier: Professeur Toussignant (psychologue canadien, acteur depuis plus de 25 ans auprès des Premières Nations au Canada) et Professeur Terra (psychiatre lyonnais).

- Réalisation d'études sur les conditions d'accueil des élèves et étudiants migrants à Maripasoula et sur le littoral.

La rupture du lien familial lié à l'exode des collégiens de 12 ans entraîne une forte déviance sociale et psychologique. Une attention particulière doit être portée à la question de l'hébergement des collégiens et de leurs conditions de vie.

3.3.10. Le Groupement Guyanais de Prévention du Suicide

« Contribue au développement des compétences locales en matière de prévention des risques suicidaires par la formation de professionnels et non professionnels à l'évaluation et l'intervention auprès d'une personne en crise suicidaire »

Cette association a repris en partie les idées du projet sus-cité, mais essentiellement sur le plan des formations.

Le Professeur Terra, s'appuyant sur les travaux du Pr Seguin (Montréal), dispense des formations à des binômes de futurs formateurs de l'association, qui sont pour la plupart des psychologues, travaillant au Centre Hospitalier de Cayenne, mais aussi des infirmières, médecins, psychiatre, aide-soignants...

Le Professeur Toussignant, dispense pour sa part des formations internes aux membres du GGPS.

Une fois formés, les membres de l'association organisent avec différentes institutions (Croix-Rouge de Cayenne, Kourou, Saint-Laurent du Maroni, le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, le Centre Hospitalier de Cayenne, association D.A.A.C,...) entre 10 et 15 formations de base chaque année, dans le but d'apprendre à tout professionnel de santé ou toute personne volontaire, l'évaluation et l'intervention auprès d'une personne en crise suicidaire. Ces formations sont basées sur le modèle du Pr Seguin et de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire *RUD* (Risque Urgence Danger), reconnue par l'OMS.

3.3.11. Association ADER

Elle intervient principalement sur le haut-Maroni, dans différentes actions de prévention du suicide. Elle a mis en place en 2009 un observatoire des comportements suicidaires qui a contribué à alerter les pouvoirs publics sur l'importance du nombre d'évènements suicidaires dans les villages du haut-Maroni.

Un premier programme 2011-2013 sur la « promotion du bien-être, prévention du suicide et accès aux soins sur le haut-Maroni », a fait l'objet d'une évaluation participative. La mise en place de « sentinelles », habitants formés à la détection des signaux évocateurs d'une menace suicidaire a ainsi été abandonnée au profit de la constitution d'une équipe de médiateurs issus des villages amérindiens.

Un second programme a été mis en place pour la période 2014-2016 : « Agir ensemble pour vivre mieux sur le haut-Maroni ».

A la demande de l'Etat, ADER a été chargée de conduire un diagnostic participatif en santé sur la commune de Camopi, de janvier à mai 2015.

Si le financement des activités d'ADER est soutenu par l'ARS et la préfecture, il ne l'est plus par les collectivités territoriales depuis 2013, ce qui a fragilisé l'association.

3.3.12. Autres associations :

ARSCA, Kupun Komhe Heïtei.

3.4. Du point de vue socio-psychiatrique.

3.4.1. Durkheim E. « Le suicide »(23)

Emile Durkheim, considéré comme le père de la sociologie, a écrit « Le suicide » en 1897. L'ouvrage est écrit selon une architecture rigoureuse et claire, construisant un cadre d'analyse du phénomène permettant encore aujourd'hui d'en étudier les variations dans tous les pays du monde.

Grâce à cet ouvrage incontournable pour évoquer la problématique du suicide, il vise à instaurer une césure fondatrice de la sociologie comme domaine de recherche à la fois autonome et indépendant, faisant la force et la faiblesse de son œuvre.(Walter(24))

Dans « Le suicide » de Durkheim, deux extraits me semblent rendre compte de la situation des populations amérindiennes décrites ici:

« vivre, c'est répondre aux excitations extérieures d'une manière appropriée et cette correspondance harmonique ne peut s'établir qu'à l'aide du temps et de l'habitude. Elle est un produit de tâtonnements, répétés parfois pendant des générations, et dont les résultats sont en partie devenus héréditaires et qui ne peuvent être recommencés à nouveaux frais toutes les fois qu'il faut agir...Cette stabilité ne nous est pas seulement nécessaire dans nos rapports avec le milieu physique, mais encore dans nos rapports avec le milieu social ».

« Il est trop certain que le brillant développement des sciences, arts, industrie...s'accomplit au milieu d'une effervescence malade dont chacun de nous ressent les contrecoups douloureux. Il est donc très possible, et même vraisemblable, que le mouvement ascensionnel des suicides ait pour origine un état pathologique qui accompagne la marche de la civilisation, mais sans pour autant en être la condition nécessaire ». (Voir le terme « Anomie »).

3.4.2. Michel Hanus(25)

D'après ce psychiatre et psychanalyste, le suicide est un deuil aggravé. La forte charge traumatique dont il est porteur assure à l'onde de choc qu'il engendre une aire de propagation sans commune mesure avec sa rareté statistique. Il se signale par des manifestations intenses de souffrance mais aussi de choc. Le deuil traumatique, dure plus longtemps que les autres et génère plus souvent des dépressions, angoisses, sentiments négatifs et douloureux, honte et culpabilité. Les proches sont les premiers atteints, mais l'onde de choc déborde largement le premier cercle.

3.5. Le point de départ de cette thèse

En arrivant en Guyane pour ma deuxième année d'internat de médecine générale, j'ai dès le premier mois, dans le cercle de l'hôpital d'abord, puis en dehors de ce cercle, entendu parler de la fréquence avec laquelle, plusieurs jeunes amérindiens se pendaient « sur la place du village ».

Pendant un an, la fréquence élevée avec laquelle ces jeunes amérindiens se suicidaient n'est allée qu'en s'empirant. Je me suis alors renseigné sur le phénomène. Voici en quelques mots, les informations que j'ai recueillies.

Les changements produits par l'obligation puis l'exil scolaire sont évoqués par les amérindiens comme des fractures aux traces irréparables dans l'équilibre de la communauté. Les capacités de transmission des connaissances du monde amérindien ayant été réduites et perturbées, les élèves n'ont acquis ni le bagage culturel du bon Amérindien, ni accédé au succès éducatif et social auxquels leurs études les avaient fait espérer; les relations parents-enfants ont été affectées car l'autorité éducative a été déplacée des chefs de village ou des parents vers les enseignants extérieurs à la communauté; les jeunes et les plus fragiles (enfants, filles) scolarisés sur le « littoral » et oubliés financièrement se sont retrouvés dans des situations de subordination, d'agression et de mal-être pour lesquels ils n'étaient pas préparés. Pour y faire face seuls, ils ont usé malgré eux d'une émancipation dans un monde inconnu loin de leur famille et des chefferies. Cette émancipation brutale et rapide et la perte des anciens repères sociaux contribuent à la difficulté d'ancrage du groupe des plus jeunes dans la « tradition ». Ils se retrouvent en souffrance et en rupture par rapport à leur communauté d'origine, ce qui conduit à croire faiblement en l'avenir.

L'émancipation des jeunes filles fait naître en cas d'alcoolisation excessive des conflits conjugaux donnant lieu à des violences intraconjugales rapportées comme récentes. (26)

Le problème de l'orpillage clandestin, qui n'est pas récent mais continue à bon train, empêche les populations amérindiennes de l'intérieur de chasser et pêcher car les orpailleurs en grand nombre volent leurs embarcations, font fuir le gibier et rendent la consommation du poisson très dangereuse pour leur santé (doses de mercure dans le poisson excessivement hautes).

Le fléau de l'alcool « industriel » se surajoute à ce tableau et la liste des causes n'est pas exhaustive.

Je me suis dit alors, qu'il y a avait un travail à faire, en tant que médecin.

Même si les causes du mal sont en majorité déjà identifiées et même s'il n'est pas possible de supprimer toutes ces causes, il convient de faire ce qu'il nous appartient chaque jour de pratiquer en médecine, soigner des symptômes ou prévenir leurs apparitions, entourer, accompagner. Pour cela il nous est indispensable de comprendre où sont nos lacunes et nos manquements pour pouvoir agir de manière plus adaptée et plus efficace.

Objectifs

1. Objectif principal

Recensement des tentatives de suicide et suicides dans le bassin de population amérindienne de Camopi/Trois-Sauts dans la période 2008-2015.

2. Objectifs secondaires

Existe-t-il des facteurs de vulnérabilité modulant le risque suicidaire ?

Quelle est la part des troubles liés à l'usage de toxiques dans le risque suicidaire ?

Existe-t-il des comorbidités psychiatriques ?

Quelle est la conception amérindienne du suicide ?

Quels sont la place et le rôle du système de santé français face à la problématique du suicide ?

Matériel et méthode

1. Schéma d'étude

L'étude est de type épidémiologique, observationnelle, rétrospective.

Une première partie concerne le recensement des tentatives de suicide et des suicides entre 2008 et 2015, inscrits dans les dossiers médicaux des centres de santé.

La deuxième partie comprend un questionnaire auquel ont répondu les personnes qui avaient fait une tentative de suicide entre les années 2008 et 2015.

L'étude a été intégralement conduite par l'auteur, auprès d'un échantillon de personnes qui ont accepté d'être interrogées.

L'enquête s'est déroulée sur trois périodes d'environ une semaine : les premières semaines de juin, juillet et août 2016.

2. Population d'étude

Il s'agissait des amérindiens français dont la résidence principale se situait dans la commune de Camopi et qui se sont suicidés ou ont effectué une tentative de suicide dans la période allant de 2008 à 2015.

L'étude devait porter à l'origine, également sur les populations amérindiennes françaises du haut-Maroni, car il s'agit, comme sur le haut Oyapock, d'une population autochtone qui vit de manière isolée en Guyane française et qui ne s'est quasiment pas « mélangée » à d'autres pour l'instant. La problématique du suicide pose largement question là aussi.

Le fait de rester sur le bassin d'étude de la commune de Camopi, permettait de ne pas multiplier les déplacements à outrance (qui s'avèrent compliqués et coûteux) et déjà d'effectuer un travail sur deux communautés amérindiennes distinctes que sont les Teko et les Wayampi, qui font partie de la même grande « famille » Tupi-Guarani. Les Wayanas vivant sur le haut-Maroni appartiennent au groupe linguistique caribe.

Les deux communautés Teko et Wayampi sont confondues dans l'étude que nous avons réalisée. La législation française interdit les études sur une base ethnique; aussi j'ai choisi d'étudier l'ensemble des dossiers médicaux des CDPS sans effectuer un tri sur cette base là.

Partout dans le monde, les peuples autochtones souffrent du traumatisme de la dépossession et de la sédentarisation forcée. Ils se retrouvent dans un environnement auquel ils ne sont pas habitués. Les problématiques du suicide et de l'abus de substances toxiques se présentant régulièrement chez les peuples autochtones, j'ai choisi d'étudier en particulier, la population amérindienne du haut-Oyapock.

Dans notre cas, il s'agit de retrouver les facteurs communs et ceux spécifiques au système français pour pouvoir s'améliorer en termes de santé publique.

3. Lieux d'inclusion

Bassin de la commune de Camopi, incluant Trois-Sauts en amont, ainsi que tous les petits villages appartenant à la commune.

Toutes les personnes incluses dans le recueil de données sont, soit déjà venues au Centre de Santé de Camopi ou de Trois-Sauts, soit ont au moins une observation médicale ou paramédicale dans les dossiers du dispensaire.

4. Période d'inclusion

La période retenue s'insère entre le premier janvier 2008 et le 31 décembre 2015.

Les données disponibles et fiables du CDPS ne permettaient pas de remonter au-delà.

Aucune autre structure n'étant en mesure de mettre à disposition davantage d'information et le CDPS devant rester la seule source de recrutement des données selon le protocole de l'étude.

5. Critères d'inclusion et d'exclusion

5.1. Critères d'inclusion :

Amérindiens de nationalité française habitant dans le bassin de population de la commune de Camopi en Guyane française, s'étant suicidés ou ayant tenté de se suicider dans les années comprises entre 2008 et 2015 incluses, sur les lieux de la commune ou à l'extérieur.

5.2. Critères d'exclusion :

-Amérindiens de nationalité brésilienne

-Français n'étant pas d'origine amérindienne

- Amérindiens ayant été victime d'un accident (noyade, accident de pirogue, accident de chasse ou autre).

- Evènements suicidaires étant survenus avant le premier janvier 2008 ou après le 31 décembre 2015.

6. Déroulement de l'étude

6.1. Obstacles rencontrés

De nombreux obstacles se sont présentés dès le début des recherches sur le sujet. Nous n'allons pas en faire la liste exhaustive, mais en citer quelques-uns.

Tout d'abord, il faut préciser que l'idée de départ s'était portée sur un bassin de population constitué d'une part, de la région du haut-Oyapock et d'autre part de la région du haut-Maroni.

Cependant j'ai dû me faire à l'idée qu'une psychologue avait écrit une thèse sur le comportement suicidaire dans le bassin de population du haut Maroni en 2013 mais qu'elle ne voulait pas que je lise son travail. D'autre part, l'association ADER, qui travaille aussi sur le même bassin de population, ne voulait pas non plus que nous rentrions en contact.

La première partie de mon travail consistait à établir le recensement des suicides de manière exhaustive dans la commune de Camopi.

Je suis rentré en contact avec l'ARS et j'ai rencontré le médecin qui était responsable de ce sujet. Il ne m'a jamais communiqué aucune donnée.

La statistique de mortalité par suicide en France est produite depuis 1968 par le CépiDc-Inserm qui gère la base de données des causes médicales de décès, établie à partir des certificats de décès.

Cependant aucune donnée n'est disponible pour la commune de Camopi via cette institution.

Citons également l'absence d'Observatoire Régional du Suicide en Guyane et dans les Antilles, mais c'est aussi le cas de certaines régions françaises et rappelons que l'Observatoire National du Suicide n'est en place que depuis 2013.

Enfin, je pensais pouvoir obtenir une aide de la gendarmerie de Guyane et j'ai rencontré le chef de la gendarmerie. Il m'a finalement fait part du fait qu'il leur était difficile de sortir ces chiffres sur l'ensemble des unités du département.

Finalement cela m'a aidé à rédiger mon protocole, puisque les données de recensement ont été extraites uniquement des dossiers des CDPS de Camopi et de Trois-Sauts.

6.2. Le recensement des cas de suicide et de tentatives de suicide

Le recensement des tentatives de suicide et des suicides des habitants de la commune de Camopi a été réalisé quasiment entièrement la première semaine dans les dossiers des dispensaires et observations de l'Equipe Mobile de Psychiatrie.

Le travail de fond s'est poursuivi jusqu'au dernier moment, en concert avec les équipes médicales et paramédicales successives des dispensaires, le service d'épidémiologie des Centre Délocalisés de Prévention et de Soins ainsi qu'avec le DIM du CHAR et le SAMU, afin de recouper les données de chacun et d'être le plus exhaustif possible.

6.3. Le questionnaire

Le questionnaire a été proposé à toutes les personnes ayant fait une tentative de suicide dans la période allant de 2008 à 2015.

Une information orale leur a été donnée, la bonne compréhension a été vérifiée et la possibilité de poser d'éventuelles questions a été proposée et elles ont été clairement informées des objectifs de l'enquête.

Les personnes acceptant de participer à l'étude ont été invitées à répondre au questionnaire.

La possibilité de refuser le questionnaire a été évoquée à chaque début d'entretien ainsi que la possibilité de refuser de répondre seulement à certaines questions.

Les questions non comprises ont été reformulées systématiquement jusqu'à la bonne compréhension de celles-ci par la personne.

Les entretiens ont eu lieu en français ou, beaucoup plus rarement, en langue teko ou wayampi si nécessaire, avec l'aide d'un médiateur du centre de santé.

La durée de passation du questionnaire a été environ de 30 minutes par personne.

7. Questionnaire

7.1 Elaboration

Le questionnaire a été réalisé sur la base de trois ouvrages :

-Suicide et environnement social. Ouvrage du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (CPNLF), sous la direction de Philippe Courtet. 2013. (24)

-Autopsie psychologique. Inserm. 2006. (11)

-Guide d'évaluation du risque de suicide, rédigé par l'*Ontario Hospital Association* (OHA) en partenariat avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). (27)

Il a été retravaillé avec mon directeur de thèse.

J'ai également tenu compte des remarques que pouvaient me faire l'équipe médicale et paramédicale des CDPS de Camopi et de Trois-Sauts pour savoir si cela leur paraissait adapté ou non.

7.2. Contenu

Première partie : contexte actuel

La première partie était une entrée en matière, permettant de commencer l'interrogatoire avec des questions simples dans le but de mettre à l'aise la personne interrogée, mais qui permettait déjà de détecter la présence ou l'absence de facteurs protecteurs du processus suicidaire.

Dans cette première partie étaient donc recherchés :

- l'âge actuel de la personne.
- la notion de vie en couple.
- la notion du nombre d'enfants de la personne.
- la présence de frères et sœurs.
- la notion de vie avec les parents.
- le nombre de personnes vivant dans le même foyer.
- la présence ou non d'une activité professionnelle ou occupation principale (école...).

Deuxième partie: Evènements de vie dans l'année qui a précédé la tentative de suicide

Cette deuxième partie avait pour but de rechercher la présence de facteurs « déclenchant » la crise suicidaire. Elle se basait sur une étude récente qui avait analysé les motifs « proximaux » de suicide rapportés dans les études d'autopsie psychologique (Foster, 2011) (21)

Dans cette partie, on recherchait donc les évènements de vie (aussi appelés « évènements de vie négatifs ») les plus fréquemment associés au suicide, dans l'année qui précédait :

- Un conflit interpersonnel.
- Une rupture relationnelle.
- Les évènements légaux.
- Le chômage ou une rupture dans la scolarité.
- Les problèmes professionnels ou financiers.
- Le deuil.
- Les violences domestiques.
- Les problèmes de santé, les blessures, les maladies.

Troisième partie: Facteurs de vulnérabilité

Ces facteurs ont été choisis parmi les principaux proposés dans l'ouvrage « Suicide et environnement social », inspirés également du modèle de « stress vulnérabilité » des conduites suicidaires (Lopez-Castroman et al. 2014). La notion de pessimisme faisait partie des facteurs décrits mais le concept paraissait compliqué.

- Antécédents de tentative de suicide dans la famille.
- Degré de parenté s'il y a lieu.
- Antécédents personnels de tentative de suicide.
- Nombre de tentatives de suicide éventuelles.
- La date de la dernière tentative de suicide.
- Antécédents personnels de dépression.
- Présence d'une impulsivité agressive.
- Maltraitance dans l'enfance.
- S'il y avait lieu, maltraitance dans le propre foyer de la personne.

- S'il y avait lieu, maltraitance par un membre de la famille proche.

Précisons que parmi les événements précoces défavorables et adversités de l'enfance, les abus sexuels et physiques étaient le plus fortement associés aux conduites suicidaires ultérieures (28). Le risque le plus grand était en outre retrouvé lorsque ces abus avaient eu lieu dans le cadre particulier du foyer et avaient été commis par des membres de la famille proche. Le caractère très particulier des événements distaux conduisant à la fragilisation du sujet soulignait l'importance du social.

Quatrième partie. Troubles liés à l'usage de substances

Dans cette partie étaient recherchés le type et la modalité d'éventuels troubles liés à l'usage de substances, c'est-à-dire la drogue et l'alcool. Il s'agissait de préciser les notions d'intoxication aiguë, de phase de sevrage, de dépendance, le type de substances consommées et l'âge d'initiation précoce. La prise de substance au moment de la tentative de suicide de la personne était également recherchée.

- Prise de cannabis et fréquence.

- Prise de crack et fréquence.

- Prise de cocaïne et fréquence.

- Prise d'autres drogues et fréquence.

- Prise de drogue lors de la tentative de suicide et nature de cette drogue.

- Prise d'alcool.

- Prise d'alcool lors de la tentative de suicide.

- Dépendance à une drogue ou à l'alcool.

- Age de début de la consommation de drogue ou d'alcool.

Cinquième partie. Place et rôle du corps médical et autres professionnels de santé

Cette cinquième partie avait pour but de nous renseigner sur la place que nous attribuait la population en question et ce qu'elle pensait des mesures qui avaient déjà été mises en place

jusque là, à savoir l'Equipe Mobile de Psychiatrie qui se déplaçait depuis 2013 tous les mois à Camopi et une fois sur deux à Trois-Sauts. Les questions suivantes cherchaient à cerner:

- Le ressenti d'un besoin à un moment donné, de l'aide d'un professionnel de santé.
- S'il y avait lieu, la présence d'un professionnel de santé disponible à ce moment là.
- Si c'était le cas, la volonté d'aller le rencontrer ou non.
- La nécessité d'après la personne de la présence permanente d'un interlocuteur face au problème du suicide.
- La nécessité d'après la personne de la présence permanente d'un interlocuteur face au problème des addictions à la drogue et/ou à l'alcool.
- La rencontre auparavant, ou non, de l'Equipe Mobile de Psychiatrie.
- La satisfaction, ou non, de cette rencontre. Et si non, pourquoi.

Sixième partie. Conception amérindienne du suicide et de sa prise en charge

Cette dernière partie recherche les spécificités de la culture amérindienne face au processus suicidaires. On y évoque :

- La question de l'existence d'une vie après la mort.
- La question de la réincarnation du corps et de l'esprit.
- La présence de voix entendues lors du passage à l'acte suicidaire et la nature de ces voix.
- La présence de voix entendues à d'autres moments que celui du passage à l'acte.
- La question du passage à l'acte sous l'emprise d'un esprit.
- La question du suicide comme porteur d'un message à autrui.
- La question du suicide comme réponse à la mélancolie, au sens psychiatrique du terme.
- La question de la prise en charge de la personne qui passe à l'acte dans le village, par le chamane ou autre.
- La question de l'appartenance à une religion.

La dernière question abordée, ne faisant pas partie intégrante d'une partie du questionnaire, laissait à la personne la possibilité, si elle le désirait, de s'exprimer davantage que par le biais de questions fermées, pour la plupart. Elle portait sur l'idée de ce qu'évoque le suicide pour la personne.

8. L'analyse des données

La saisie des données a été faite manuellement sur Microsoft Excel.

Une analyse descriptive des variables recueillies dans le questionnaire à l'aide des logiciels Stata et Microsoft Excel a été réalisée.

Les comparaisons des fréquences et des moyennes ont été réalisées à l'aide du test de Chi² et de Student.

Nous avons choisi une valeur du risque alpha = 0,05 comme valeur de significativité.

NB : Certains résultats des suicides et tentatives de suicide ont été comparés aux chiffres de la France métropolitaine en utilisant des taux pour 100 000 habitants. Cette comparaison a été utilisée sciemment dans le but d'une représentation cognitive de ces chiffres et d'une prise de conscience. Elle ne peut en aucun cas être considérée comme exacte, vu la taille des deux populations comparées.

9. Considérations éthiques et culturelles

Les objectifs et modalités de l'étude n'ont pas été présentés au chef coutumier de chaque village mais aux seuls personnels travaillant dans les centres de santé, dans le cadre du respect du secret médical.

Cette étude a été menée dans le cadre du suivi clinique des patients par les CDPS et l'Equipe Mobile de Psychiatrie du Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, dans le but de s'améliorer dans la prise en charge et dans les propositions de prévention/postvention à mettre en place à court-terme, suite au rapport parlementaire 2015.

Elle a donc fait l'objet d'une déclaration simple à la CNIL sous le numéro 1996146.

Résultats

1. Recensement des suicides et des tentatives de suicide

1.1. Les suicides

1.1.1. Nombre de suicides

Entre 2008 et 2015, on retrouve 24 suicides dans la commune de Camopi-Trois-Sauts, identifiés dans les CDPS.

On retrouve une personne morte de cause inconnue.

Sur la période étudiée, le nombre de suicides annuel est supérieur durant les trois dernières années. On a 2 suicides en 2008, 0 en 2009, 2 en 2010, 3 en 2011 et 2 en 2012, puis 6 en 2013, 4 en 2014 et 5 en 2015. Cf. tableau ci-dessous.

Soit une moyenne de 5 suicides par an entre 2013 et 2015. (Voir Figure 4, page suivante.)

Tableau 1. Suicides dans la commune de Camopi entre 2008 et 2015

Commune	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Camopi	2	0	2	2	2	3	4	3	18
Trois-Sauts	0	0	0	1	0	3	0	2	6
Total	2	0	2	3	2	6	4	5	24

En ne considérant que la dernière année d'étude, on retrouve un taux de suicide annuel de 296 pour 100 000 habitants pour l'ensemble de la commune de Camopi/Trois-Sauts.

Soit **18.5 fois plus** que le taux annuel en France métropolitaine qui est d'environ 16 pour 100 000. Il n'est en fait pas possible de comparer une population d'une telle taille à la population française, mais cela permet de se représenter cognitivement les résultats.

Ces taux ont été calculés grâce au décompte des dossiers des CDPS. La population totale de la commune étant donc de 1690 personnes, dont 700 à Trois-Sauts et 990 à Camopi, en prenant en

compte les personnes n'ayant pas de critère d'exclusion.)

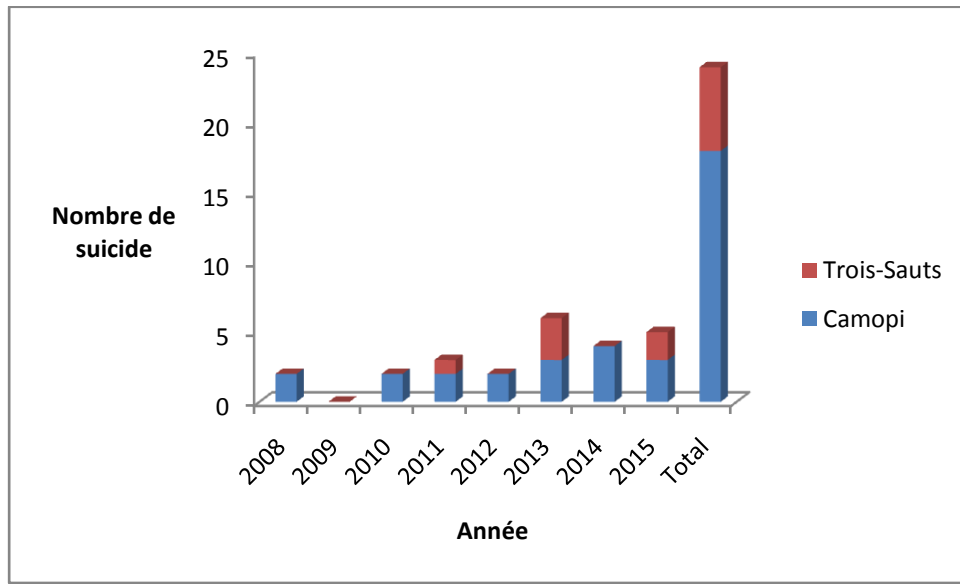


Figure 4. Nombre de suicides entre 2008 et 2015.

L'absence de données fiables provenant des CDPS avant l'année 2008 sur la problématique du suicide, il nous a été impossible d'observer la cinétique en amont.

Mais la discussion avec les « anciens du village » lors de Cachiri ou d'entretien par le biais de l'Equipe Mobile de Psychiatrie par exemple, permettaient de mettre en évidence que le phénomène suicidaire n'était pas nouveau, mais qu'il avait pris une certaine ampleur ces dernières années et que la population était désemparée devant cette « crise suicidaire » contemporaine. Cela se vérifie également via la bibliographie dont nous reparlerons dans le chapitre « Discussion ».

1.1.2. Age des suicides

L'âge du plus jeune individu étant passé à l'acte et identifié au CDPS est de 13 ans. Le plus âgé est de 41 ans.

La moyenne d'âge des suicides est de 21 ans et la médiane des âges est de 17 ans.

La tranche d'âge 10-20 ans regroupe 71% de la totalité des décès par suicide.

En France, l'âge de la plus jeune personne s'étant suicidée est de 5 ans (29). De plus, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge. Pour 100 000 habitants, l'incidence du suicide est de 6.4 pour la tranche d'âge 15-24 ans et de 40.3 pour la tranche d'âge 85-94 ans.

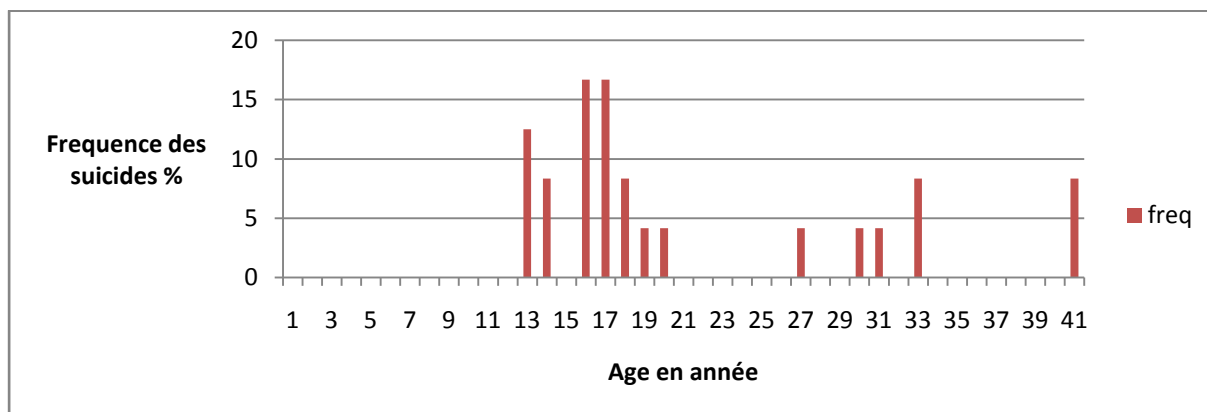


Figure 5. Fréquence des suicides en fonction de l'âge entre 2008-2015, dans la commune de Camopi.

1.1.3. Sex ratio

On observe 14 hommes pour 10 femmes, soit un sex ratio de 1.4.

En France métropolitaine, le taux de décès par suicide des hommes est de 25 pour 100 000, tandis que chez les femmes, il est de 7,8 pour 100 000. Le sex ratio est de 3.2.

1.1.4. Mode de suicide

Le mode de suicide choisi le plus souvent est la pendaison.

On retrouve secondairement le recours à l'arme à feu, puis à l'intoxication médicamenteuse.

Soit 18 pendaisons, 5 décès par arme à feu et un suicide médicamenteux.

Voir Tableau 2. Page suivante :

Tableau 2. Fréquence des modes de suicide en fonction du sexe.

Sexe	Mode de suicide			Total
	pendaison	arme à feu	médicamenteux	
Femme	78%	11%	11%	100%
Homme	73%	27%	0%	100%

On remarque en comparant les modes de suicide en fonction des sexes, que les hommes ont plus souvent recours à l'arme à feu, mais sans différence significative ($p=0.31$)

1.2. Les tentatives de suicide (TS)

1.2.1. Nombre de TS

Tableau 3. Incidence des TS entre 2008 et 2015

Commune	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Camopi	1	3	1	4	6	4	8	6	33
Trois-Sauts	3	0	0	1	0	8	0	10	22
Total	4	3	1	5	6	12	8	16	55

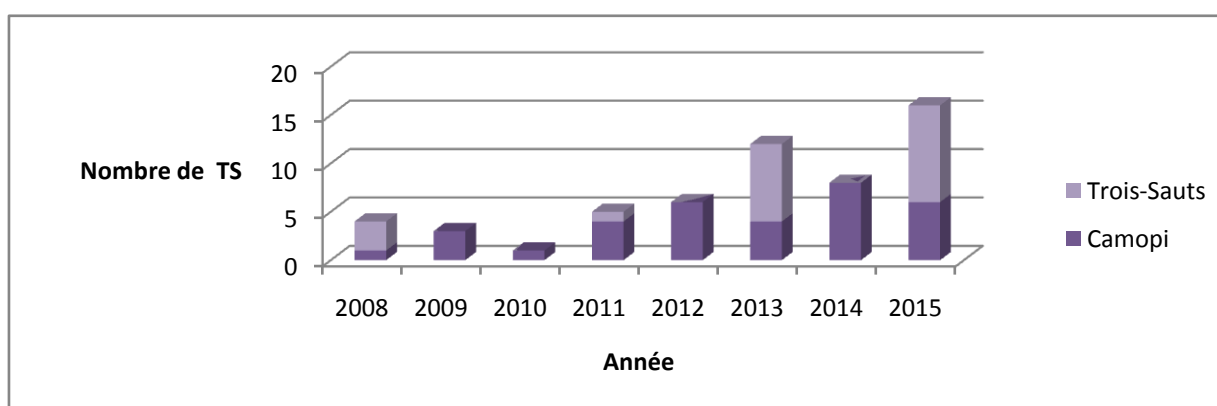


Figure 6. Répartition des TS entre 2008 et 2015.

Entre 2008 et 2015, on retrouve 55 tentatives de suicides dans la commune de Camopi, dans les dossiers des CDPS.

Sur la période étudiée, on constate comme pour les suicides, qu'il y a plus de tentatives de suicide dans la commune de Camopi pendant les trois dernières années de l'étude. On dénombre 4 TS en 2008, 3 TS en 2009, 1 TS en 2010, 5 TS en 2011 et 6 TS en 2012, puis 12 TS en 2013, 8 TS en 2014 et 16 en TS 2015. Soit une moyenne de 12 tentatives de suicides par an entre 2013 et 2015.

En ne considérant que la dernière année d'étude, on retrouve un taux de TS annuel de 95 pour 10 000 habitants pour l'ensemble de la commune de Camopi/Trois-Sauts. Un taux de TS annuel de 61 pour 10 000 habitants pour la seule localisation de Camopi et un taux de TS de 143 pour 10 000 habitants pour la localisation de Trois-Sauts.

On observe donc que le taux de TS est 5.4 fois plus important que le taux observé en France métropolitaine car celui-ci est de 17.7 pour 10 000 habitants (30).

Encore une fois, il est évident qu'il n'est pas possible de comparer deux populations de taille différente comme cela.

1.2.2. Age des TS

L'âge de la plus jeune personne ayant effectué une tentative de suicide retrouvée dans les dossiers des CDPS est de 8 ans et l'âge de la personne la plus âgée est de 54 ans.

La moyenne d'âge est de 20 ans et la médiane est de 17 ans.

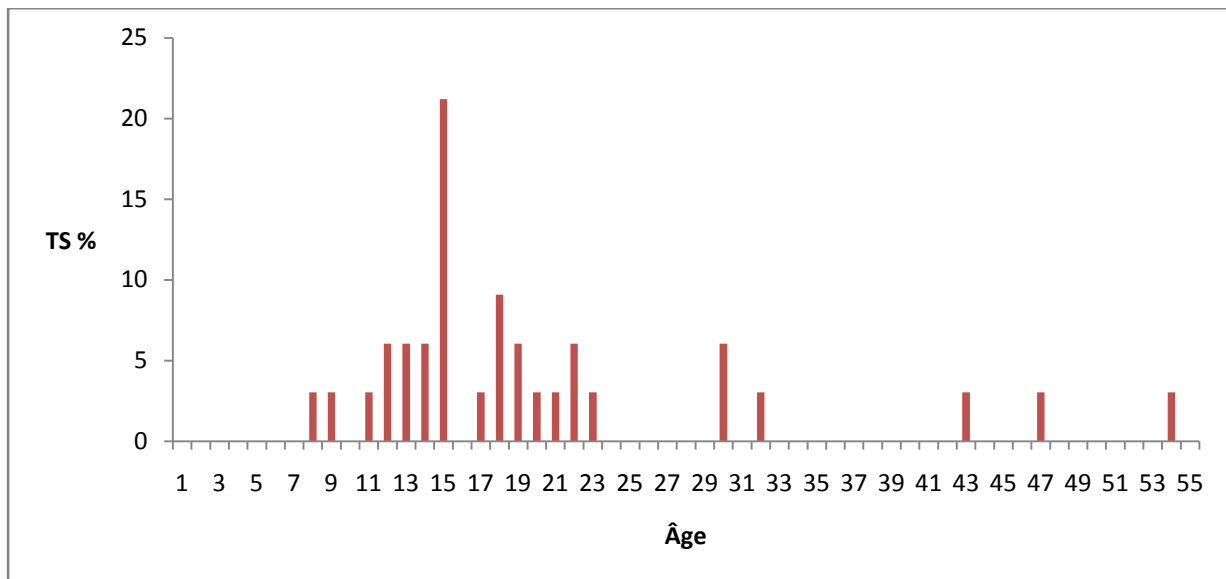


Figure 7. Incidence des TS en fonction de l'âge.

La tranche d'âge la plus touchée est celle des 8-18 ans regroupant 61% de l'ensemble des TS.

1.2.3. Sex ratio

On retrouve un sex ratio de 1.06.

En France, les femmes sont les plus concernées avec un taux de 21,6 pour 10 000 femmes, contre 13,4 pour 10 000 hommes, soit un sexe ratio de 0.62.

1.2.4. Mode de TS

Sur les 55 TS identifiées, les différents modes n'ont pu être précisés que pour 34 d'entre elles. On compte une TS médicamenteuse, une TS par objet tranchant, une TS par arme à feu, une TS dont le mode est non identifié. Toutes les autres sont des pendaisons.

1.2.5. Létalité

C'est le taux de suicide complété pour l'ensemble des suicidants.

Le taux de létalité est de 30.4% soit quasiment une personne sur 3. En métropole, il est de 8.2% soit une personne sur 12 environ.

2. Le questionnaire

Le nombre de personnes ayant répondu au questionnaire a été de 33.

23 personnes de Camopi et 10 de Trois-Sauts.

2.1. Contexte socio-démographique

2.1.1. Âge

L'âge des TS est déjà détaillé dans le recensement ci-dessus.

L'âge des personnes ayant répondu au questionnaire est compris entre 12 et 56 ans, la moyenne de ces âges est de 23 ans et la médiane, de 19 ans.

2.1.2. Vie en couple

57% des personnes interrogées vivent en couple. 70% des personnes à Camopi vivent en couple, contre seulement 30% à Trois-Sauts.

2.1.3. Frères et sœurs

97% des personnes ont des frères et sœurs, soit 100% à Camopi et 90% à Trois-Sauts.

En moyenne le nombre de frères et sœurs par personne est de 6 et le maximum retrouvé a été de 12.

2.1.4. Vie avec les parents

64 % des personnes interrogées vivent toujours avec leurs parents, soit 52% des personnes de Camopi et 90% à Trois-Sauts. Cette différence est statistiquement significative ($p=0.038$).

Elle peut-être liée à la moyenne d'âge qui diffère entre les deux sites, à savoir que la moyenne d'âge à Camopi est de 25 ans, alors qu'elle est de 18 ans à Trois-Sauts. Cette différence n'étant pas significative d'après le test de Kruskal-Wallis ($p=0.19$)

Par contre, si on compare toujours avec le même test, l'âge des personnes qui vivent toujours chez leur parent et l'âge de celles qui n'y vivent plus, alors cette différence est statistiquement significative, avec $p=0.0002$.

2.1.5. Nombre de personnes en cohabitation

En moyenne, la taille du foyer dans la population étudiée est de 6, avec un minimum de 1 personne et un maximum à 13.

2.1.6. Profession ou occupation principale (école)

42% des personnes avaient un travail ou étaient scolarisées. 48% à Camopi et 30% à Trois-Sauts.

2.1.7. Récapitulatif

Tableau 4. Données sociodémographiques des TS entre 2008 et 2015.

Situation familiale	Camopi		Trois-Sauts		Total		P-value
	n	%	n	%	n	%	
couple	16	70	3	30	19	58	0,035
vie avec parents	12	52	9	90	21	64	0,038
enfants	13	57	4	40	17	52	0,38
emploi ou							
scolarisé	11	48	3	30	14	42	0,34
frères et sœurs	23	100	9	90	32	97	0,42

2.2. Recueil des évènements de vie dans l'année qui a précédé la TS, pour la personne ou son entourage proche.

2.2.1. Conflit interpersonnel

Dans 52% des cas, il a été question d'un conflit avec quelqu'un ou d'une dispute sévère qui a marqué la personne interrogée. C'est à dire 57% des personnes de Camopi et 40% des personnes de Trois-Sauts.

Cette variable n'est pas liée significativement au sexe, ni à la taille du foyer, ni au fait de vivre encore avec ses parents.

2.2.2. Séparation dans un couple

Le précédent de séparation dans un couple a été retrouvé avec une incidence faible de 12%. Soit 17% des personnes interrogées à Camopi et aucun à Trois-Sauts.

2.2.3. Problème avec la loi

Des problèmes avec la loi ont été retrouvés dans 10% des cas. 9% des personnes à Camopi et 10 à Trois-Sauts.

2.2.4. Période de chômage ou de rupture dans la scolarité

Un tiers de la population interrogée a connu un épisode de chômage ou de rupture dans la scolarité. 30% à Camopi et 40% à Trois-Sauts.

On remarque qu'il y a davantage de filles qui témoignent de ce problème que de garçons, sans que cette différence ne soit significative.

On constate aussi que la moyenne d'âge des personnes qui témoignent de ce problème, est de 16.5 ans, contre 22 ans pour ceux qui n'ont pas été exposés. Cela coïncide avec l'âge auquel beaucoup d'étudiants interrompent leur scolarité, surtout les jeunes filles qui n'ont pas encore leur place culturellement dans le système scolaire français.

2.2.5. Problèmes professionnels ou financiers

48% de la population étudiée se révèle avoir été exposée à des problèmes professionnels ou financiers. Plus précisément, 43% des personnes interrogées de Camopi et 60% des personnes de Trois-Sauts.

On peut imaginer que l'éloignement géographique plus important à Trois-Sauts joue un rôle sur les problèmes professionnels ou financiers de la population.

2.2.6. Deuil

55 % des gens ont été exposés à un deuil dans l'année précédant leur TS : 70% des gens de Camopi et 20% des gens de Trois-Sauts. On observe pour cet évènement de vie une différence significative entre les deux localisations, avec $p=0.009$. Cette différence n'est pas expliquée par un quelconque facteur.

2.2.7. Violence domestique

27% de la population étudiée révèle avoir été confrontée à de la violence à domicile dans l'année précédant leur TS : 35% de la population de Camopi, et 10% à Trois-Sauts.

2.2.8. Problèmes de santé, blessures et maladies.

27% de la population étudiée révèle avoir été confrontée à des problèmes de santé, des blessures ou à une maladie dans l'année précédant leur TS : 35% de la population de Camopi, et 10% à Trois-Sauts.

2.2.9. Récapitulatif

Si on regarde le nombre d'évènements de vie traversés par les enquêtés dans l'année ayant précédé le passage à l'acte, on retrouve que 94% ont eu au moins un évènement de vie marquant cette année là.

30% en ont eu moins de trois, 33% ont en eu 3 ou 4 et 36% ont en eu de 5 à 8.

Si on place les évènements de vie endurés dans l'année précédant la TS chez les enquêtés dans l'ordre décroissant de fréquence, on trouve en première place le deuil (55%), en deuxième place les conflits interpersonnels (51%), en troisième place les problèmes professionnels ou financier (48%), en quatrième place le chômage ou une rupture dans la scolarité (33%), en cinquième place les violences domestiques et les blessures (27%).

La fréquence des problèmes de séparation dans un couple et les problèmes avec la loi, ne sont évoqués que dans respectivement 12% et 10%.

Tableau 5. Table récapitulative des évènements de vie traversés l'année précédant la TS.

Evènement de vie	Camopi		Trois-Sauts		N		P-value
	N	%	n	%	n	%	
Conflit	13	57	4	40	17	51	0,38
Séparation	4	17	0	0	4	12	0,16
Problème avec la loi	2	9	1	10	3	10	0,91
Chômage ou rupture scolarité	7	30	4	40	11	33	0,59
Problème professionnel/financier	10	43	6	60	16	48	0,38
Deuil	16	70	2	20	18	55	0,009
Violence domestique	8	35	1	10	9	27	0,142
Problème de santé, maladie, blessure	8	35	1	10	9	27	0,142

2.3. Facteurs de vulnérabilité suicidaire

2.3.1. Contexte familial

2.3.1.1. Fréquence des évènements suicidaires familiaux

Presque deux tiers des personnes interrogées, 61%, a déjà vécu un suicide ou une tentative de suicide dans sa famille, ayant pu précéder ou succéder leur passage à l'acte.

Selon le lieu d'habitation, 74% à Camopi et 30% à Trois-Sauts, cette différence entre les deux localisations étant statistiquement significative ($p=0.018$).

En regardant la cinétique d'apparition des suicides et des TS dans les deux sites, on constate que celle-ci est décalée dans le temps, c'est-à-dire plus tardive à Trois-Sauts, et que la somme des évènements quelque soient leurs natures, est plus élevée à Camopi qu'à Trois-Sauts sans que cette différence soit significative.

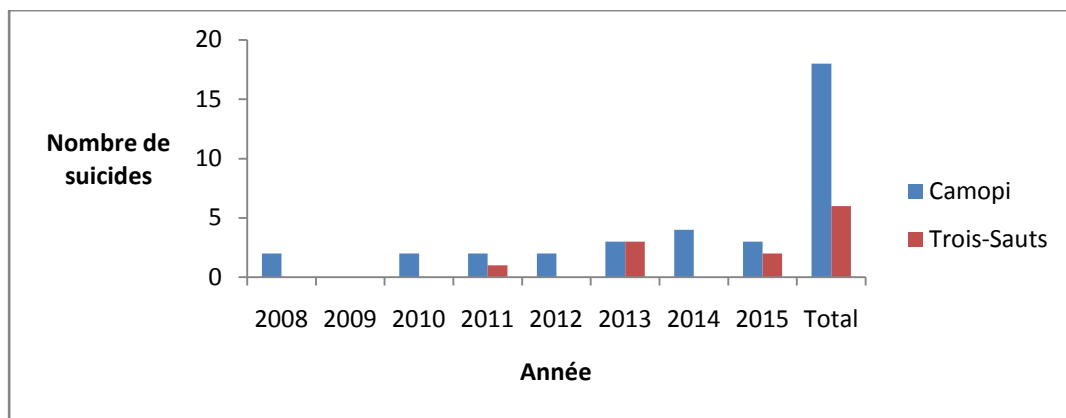


Figure 8. Cinétique de l'apparition des suicides à Camopi et Trois-Sauts entre 2008 et 2015

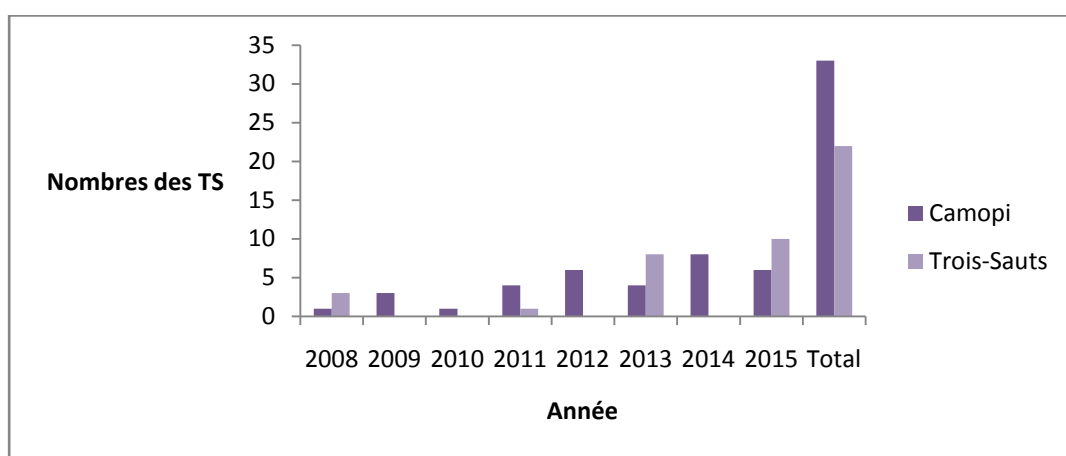


Figure 9. Cinétique de l'apparition des TS à Camopi et Trois-Sauts entre 2008 et 2015.

2.3.1.2. Degré du lien de parenté

Globalement, sur l'ensemble de la commune, 45% des personnes révèlent un évènement suicidaire d'un membre de leur famille apparenté au 1^{er} degré et 12% un évènement chez un membre apparenté au 2^{ème} degré.

A Camopi, 56% des personnes révèlent un évènement suicidaire d'un membre de leur famille apparenté au 1^{er} degré et 13% un évènement chez un membre apparenté au 2^{ème} degré.

A Trois-Sauts, 20% des personnes révèlent un évènement suicidaire d'un membre de leur famille apparenté au 1^{er} degré et 10% un évènement chez un membre apparenté au 2^{ème} degré.

2.3.1.3. Antécédents familiaux d'évènement suicidaire

Dans cette partie, nous nous intéressons à la fréquence des gens qui ont un antécédent familial de comportement suicidaire, au moment de leur propre passage à l'acte.

Globalement, sur l'ensemble de la commune, 42% des personnes ont un antécédent familial de comportement suicidaire, au moment de leur propre TS.

A Camopi, 57% des gens avaient un antécédent familial de suicide ou de TS au moment de leur propre TS. A Trois-Sauts, seulement 10%.

2.3.2. Récidives

Globalement, 24% des personnes interrogées ont récidivé au moins une fois. 25% à Camopi et 30% à Trois Sauts.

18% ont récidivé une fois et 6% ont récidivé 2 fois.

En comparant les gens qui ont récidivé avec ceux qui vivent toujours avec leurs parents, on constate que 75% des gens qui ont récidivé vivaient toujours avec leurs parents. Ce résultat n'est pas significatif.

Si on regarde les personnes qui déclarent avoir eu des problèmes d'argent, 75% d'entre eux ont récidivé. Cela n'est pas significatif.

Par contre il existe un lien significatif entre récurrence de TS et consommation de cannabis. Voir l'item correspondant 2.4.1.

2.3.3. Mémoire de la date de la TS

Seulement 7% des personnes interrogées prétendaient se souvenir de la date de leur passage à l'acte. Parmi ces 7% la moitié ont su rapporter la date réelle.

D'après les cours théoriques de psychiatrie française enseignés à la faculté, le fait d'avoir un jugement critique sur le passage à l'acte, est considéré comme bénéfique et protecteur de la récurrence (31).

Le fait ici de ne pas avoir la mémoire de la date n'est donc pas de bon pronostic.

2.3.4. Dépression

Globalement, 45% des enquêtés ont prétendu avoir eu des problèmes dépressifs. 57% à Camopi et 20% à Trois-Sauts.

2.3.4.1. Rapport entre nombre de frères et sœurs et dépression

En comparant les sujets qui révéleraient avoir déjà eu des problèmes de dépression (que l'on appellera « avec antécédent de dépression ») et le nombre de frères et sœurs des enquêtés, on constate, après un test de Kruskal et Wallice, qu'il existe une différence statistiquement significative : la moyenne de frères et sœurs des gens « avec antécédent de dépression » est moins élevée que celle des gens « sans antécédent de dépression » (4.87 vs 6.72 avec $p=0.03$).

2.3.4.2. Rapport nombre de personnes sous le même toit et dépression.

En comparant toujours la population « avec antécédent de dépression », mais cette fois-ci à la taille du foyer, on constate que cette dernière est plus élevée chez les gens « avec antécédents de dépression (7 vs 5 et $p=0.0014$).

Nous reparlerons de ces deux derniers résultats significatifs dans le chapitre discussion.

2.3.4.3. Rapport avec la mélancolie, voir paragraphe 2.6.4.

2.3.5. Impulsivité et violence

Sur la totalité des enquêtés, 18% ont révélé avoir des traits de personnalité impulsive ou violente. 17% à Camopi et 20% à Trois-Sauts.

Ce trait de caractère serait significativement lié à la présence d'une maltraitance dans l'enfance et dans le propre foyer de la personne (voir paragraphe 2.3.6.1)

2.3.6. Maltraitance dans l'enfance

Sur la totalité des enquêtés, 33% ont révélé avoir été victime de maltraitance dans leur enfance. 39% à Camopi et 20% à Trois-Sauts.

Si on compare les personnes qui auraient été victime de maltraitance dans l'enfance à ceux qui ont prétendu avoir eu des problèmes dépressifs, on remarque que 55% des gens qui

auraient été victime de maltraitance, auraient traversé un épisode dépressif et que parmi les enquêtés qui n'auraient pas été victime de maltraitance dans l'enfance, seulement 41% auraient eu des problèmes de dépression. Mais cette différence n'est pas significative.

Tableau 6. Répartition des données de maltraitance dans l'enfance avec l'occurrence d'une dépression en aval.

Dépression	Maltraitance dans l'enfance		Total
	Non	Oui	
Non	13 60%	5 45%	18
Oui	9 40%	6 55%	15
Total	22 100%	11 100%	33

La comparaison du facteur de maltraitance dans l'enfance avec le facteur d'impulsivité ou de violence montre que parmi les enquêtés qui auraient subi de la maltraitance dans l'enfance, 36% développent un caractère violent, contre 9% des enfants qui n'en n'auraient pas subi.

Tableau 7. Répartition des données de maltraitance dans l'enfance avec l'occurrence d'un caractère violent en aval.

Violence	Maltraitance dans l'enfance		Total
	Non	Oui	
Non	20 91%	7 64%	27
Oui	2 9%	4 36%	6
Total	22 100%	11 100%	33

2.3.6.1. *Maltraitance dans le propre foyer*

Sur l'ensemble des enquêtés, 30% ont déclaré avoir été victime de maltraitance dans l'enfance, dans l'enceinte de leur propre foyer. A Camopi, 35% des enquêtés et 20% à Trois-Sauts.

La comparaison du facteur de maltraitance dans l'enfance au sein du propre foyer de la personne avec le facteur d'impulsivité ou de violence en aval, met en évidence une relation significative entre les deux. En considérant la population qui aurait été victime de maltraitance, on constate que 40% se déclare comme violente ou impulsive, contre seulement 9% dans la population indemne de maltraitance dans son propre foyer avec $p=0.032$.

Tableau 8. Répartition des données de maltraitance dans l'enfance et dans leur propre foyer, avec l'occurrence d'un caractère violent en aval.

Violence	Maltraitance propre foyer		Total
	Non	Oui	
Non	21 91%	6 60%	27
Oui	2 9%	4 40%	6
Total	23 100%	10 100%	33

2.3.6.2. *Maltraitance par un membre de la famille proche*

20% de l'ensemble des personnes ont déclaré avoir été victime dans l'enfance, de maltraitance infligée par un membre de la famille proche. 30% des enquêtés de Camopi et 10% des enquêtés de Trois-Sauts.

Ce trait de vulnérabilité est lié de façon significative au caractère violent ou impulsif déclaré par les enquêtés eux-mêmes ($p=0.032$).

2.3.7. *Récapitulatif*

D'après ces derniers résultats, on retiendra que :

- Presque deux tiers des personnes interrogées, (61% en moyenne mais 74% à Camopi même), ont déjà vécu un suicide ou une TS dans leur famille, ayant pu précéder ou succéder à leur propre passage à l'acte.
- 45% des personnes interrogées révèlent un évènement suicidaire d'un membre de leur famille apparenté au 1^{er} degré.
- 42% des personnes ont un antécédent familial de comportement suicidaire, au moment de leur propre TS.
- Il existerait un lien significatif entre les récurrences de TS et la consommation de cannabis.
- il existerait un lien significatif entre le facteur de vulnérabilité de « Dépression » et le nombre de personnes vivant sous le même toit. Il existerait aussi un lien inverse entre ce même facteur et le nombre de frères et sœurs dans la fratrie.
- Les deux facteurs de vulnérabilité « maltraitance dans l'enfance » et « caractère violent ou impulsif », seraient liés significativement quand la maltraitance a eu lieu dans le foyer familial et davantage encore si l'auteur de la maltraitance était un membre de la famille proche. Nous reparlerons de ces résultats dans la « Discussion ».

Tableau 9. Récapitulatif des facteurs de vulnérabilité.

Facteur de vulnérabilité suicidaire	Camopi		Trois-Sauts		N		P-value
	n	%	n	%	n	%	
Hérédité	17	74	3	30	20	61	0,003
Récidive de TS	5	22	3	30	8	24	0,611
Antécédent de TS	13	57	1	10	14	42	0,013
Mémoire de la date de TS	0	0	2	20	2	7	0,03
Dépression d'après la personne	13	57	2	20	15	45	0,053
Impulsivité ou violence d'après la personne	4	17	2	20	6	18	0,858
Maltraitance dans l'enfance	9	39	2	20	11	33	0,28
Maltraitance dans le propre foyer	8	35	2	20	10	30	0,396
Maltraitance par famille proche	7	30	1	10	8	24	0,208

2.4. Troubles liés à l'usage de substances

2.4.1. Consommation de cannabis

42% de la population étudiée a déjà fumé du cannabis. 35% des enquêtés de Camopi et 60% à Trois-Sauts. La différence entre les deux sites n'est pas significative.

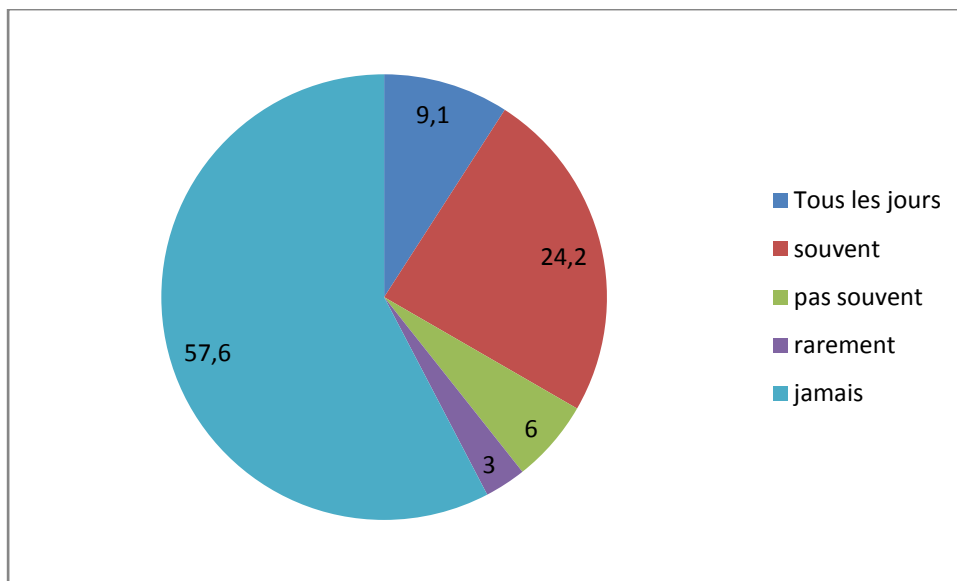


Figure 10. Répartition des fréquences de consommation de cannabis.

9% de la population d'enquêtés fument tous les jours, 24% fument au moins une fois par semaine, 6% fument au moins une fois par mois, 3% fument moins d'une fois par mois et la majorité, soit 58% n'a jamais fumé de cannabis.

2.4.1.1. Age de début de consommation des usagers

L'âge moyen de début de consommation est de 17 ans, l'âge minimal rencontré est de 13 ans et l'âge maximal est de 38 ans.

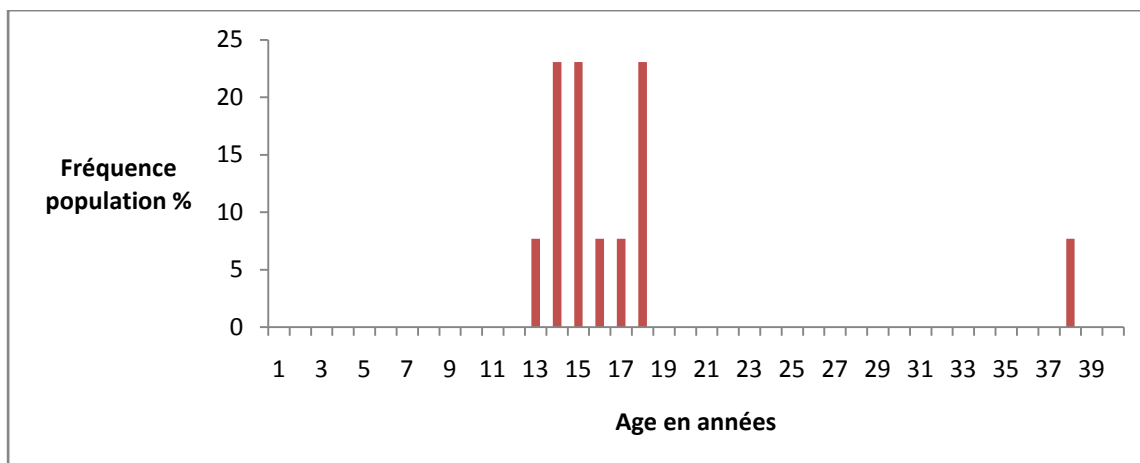


Figure 11. Répartition des âges de début de consommation du cannabis.

2.4.1.2. Consommation d'autres drogues

Les autres drogues évoquées dans le questionnaire sont le crack et la cocaïne. Relativement à ces questions il n'y a qu'une personne qui a révélé avoir essayé le crack une fois.

2.4.1.3. Consommation de cannabis lors de la TS

Concernant la consommation de cannabis au moment de la TS, cela ne concernerait qu'une seule personne, soit 3% de la population. Cela n'est donc pas représentatif d'une tendance.

2.4.1.4. Lien entre cannabis et récurrence de TS

75% de ceux qui ont récidivé une TS, fument du cannabis avec $p=0.032$. Ce qui prouve un lien significatif entre les deux. 43% des fumeurs de cannabis récidivent leur TS.

Tableau 10. Comparaison des consommateurs de cannabis et des gens ayant récidivé une TS.

Récidive TS	Cannabis		Total
	Non	Oui	
Non	17 68%	8 32%	25 100%
Oui	2 25%	6 75%	8 100%
Total	19 58%	14 42%	33 100%

2.4.1.5. Rapport entre cannabis et dépression

La fréquence de survenue d'une dépression est inférieure chez les fumeurs de cannabis. (43% vs 63%, $p=0.017$)

2.4.2. Consommation d'alcool

76% de la population étudiée consomme de l'alcool, autre que le Cachiri, qui est l'alcool de manioc de préparation ancestrale et culturellement consommé depuis toujours, à de fréquentes occasions. 83% des enquêtés de Camopi et 60% à Trois-Sauts, consomment donc d'autres alcools comme la bière, la « Despe » comme disent souvent les jeunes femmes et le rhum.

2.4.2.1. Consommation d'alcool lors de la TS

33% des enquêtés ont reconnu être passé à l'acte sous l'influence de l'alcool. 39% des enquêtés de Camopi et 20% à Trois-Sauts.

2.4.2.2. Age de début de consommation

L'âge moyen de début de consommation d'alcool autre que le Cachiri dans la population d'enquêtés est de 16 ans, le plus jeune âge retrouvé est de 12 ans et le plus âgé est de 20 ans.

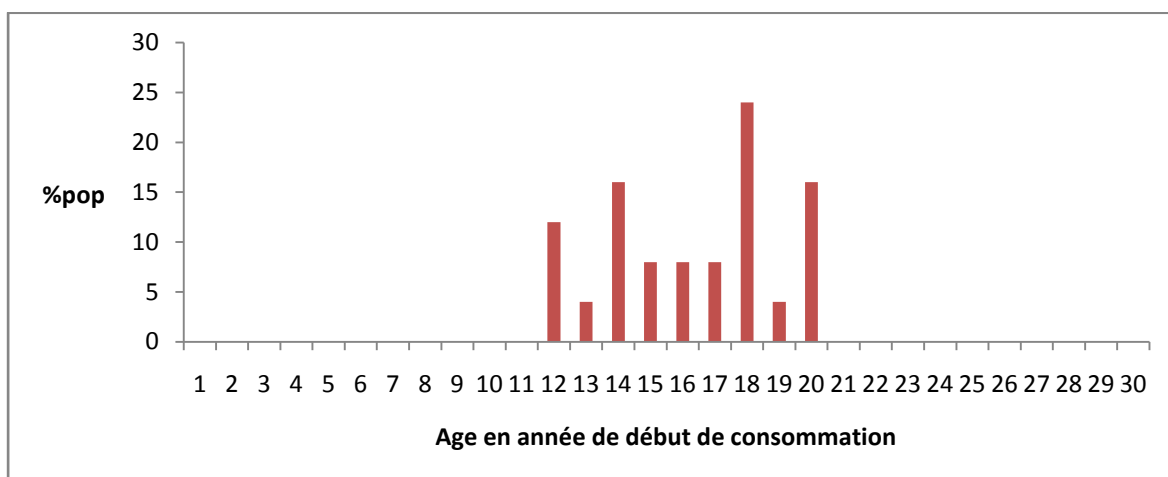


Figure 12. Répartition des âges de début de consommation d'alcool.

2.4.3. Dépendance à une substance

33% de la population déclare une dépendance à un produit. 35% à Camopi et 30% à Trois-Sauts. Ce ne sont pas les mêmes personnes qui sont passés à l'acte alcoolisés.

2.4.3.1. Dépendance au cannabis

9% de la population totale est concernée. 9% à Camopi et 10% à Trois-Sauts.

2.4.3.2. Dépendance à l'alcool

30% de la population se déclare être dépendante à l'alcool. 35% à Camopi et 20% à Trois-Sauts.

Il existe une relation significative entre la dépendance à l'alcool des sujets interrogés et le passage à l'acte, sous l'emprise de l'alcool ($p=0.03$).

Tableau 11. Relation entre dépendance à l'alcool et TS sous l'emprise de l'alcool.

TS + OH	Dépendance		Total
	alcool		
	Non	Oui	
Non	18 82%	4 18%	22 100%
Oui	5 45%	6 55%	11 100%
Total	23 70%	10 30%	33 100%

2.4.4. Récapitulatif des troubles liés à l'usage de substances.

Dans ce sous-chapitre sur les troubles liés à l'usage de substance, on retiendra que:

- La consommation de cannabis au moment de la TS ne serait pas habituelle. (3% des cas).
- Aucune autre drogue que le cannabis ne serait consommée régulièrement par les personnes interrogées.

- Il y aurait un lien significatif entre le facteur de vulnérabilité « récurrence de TS » et la consommation de cannabis.

- 33% des enquêtés ont reconnu être passé à l'acte sous l'influence de l'alcool.

- 33% de la population déclare une dépendance à un produit. A savoir que ce ne sont pas les mêmes 33% qui sont passés à l'acte, sous l'emprise de l'alcool.

- 30% de la population se déclare être dépendante à l'alcool. De plus il existerait un lien significatif entre dépendance à l'alcool et passage à l'acte, sous l'emprise de l'alcool.

- 9% de la population se dit être dépendante au cannabis.

On note également qu'il n'y a pas de différence de consommation entre Camopi et Trois-Sauts.

Nous reparlerons de ces résultats dans le chapitre « Discussion ».

Troubles liés aux substances	Camopi		Trois-Sauts		N		P-value
	n	%	n	%	n	%	
Consommation cannabis	8	35	6	60	14	42	0,178
Consommation alcool	19	83	6	60	25	76	0,16
TS + cannabis	1	4	0	0	1	3	0,503
TS + consommation alcool	9	41	2	20	11	33	0,32
Dépendance	8	35	3	30	11	33	0,789
Dépendance alcool	8	35	2	20	10	30	0,396
Dépendance cannabis	2	9	1	10	3	9	0,905

Figure 13. Tableau récapitulatif des troubles liés à l'usage de substances.

2.5. Place et rôle des professionnels de santé

2.5.1. Demande d'aide de la part de la population

52% de la population enquêtée dit avoir eu besoin de l'aide à un moment donné, d'un professionnel de santé à qui s'adresser, pour faire face à la pression d'un processus suicidaire enclenché. 48% à Camopi et 60% à Trois-Sauts.

2.5.1.1. Disponibilité médicale

59% de la population qui disait avoir eu besoin d'aide à un moment donné déclarait qu'un professionnel de santé était disponible à ce moment là. 55% à Camopi et 67% à Trois-Sauts.

2.5.1.2. Consultation d'un professionnel de santé spontanément

65% des personnes dans le besoin prétendent aller spontanément consulter au CDPS. 64% à Camopi et 67% à Trois-Sauts.

2.5.2. Demande d'une équipe de psychiatrie en permanence au CDPS de Camopi

58% des enquêtés sont favorables à la présence permanente d'une équipe de psychiatrie à Camopi pour faire face au problème du suicide. 65% à Camopi et 40% à Trois-Sauts. Le reste de la population trouve cela inapproprié et sans intérêt.

2.5.2.1. Equipe Mobile de Psychiatrie (EMP) du CHAR

55% de la population interrogée a déjà rencontré en entretien l'EMP du CHAR. 57% à Camopi et 50% à Trois-Sauts.

2.5.2.2. EMP approuvée

83% des personnes ayant déjà bénéficié de la prise en charge de l'EMP étaient satisfaites de son intervention. 92% à Camopi et 60% à Trois-Sauts.

En comparant les personnes qui ont fait des récidives à celles qui ont déjà bénéficié d'un entretien avec l'EMP, on constate que 88% des récidivants sont pris en charge par l'EMP. Cette différence est significative avec $p=0.032$.

Tableau 12. Comparaison des gens ayant récidivé une TS et de ceux ayant rencontré l'EMP.

Récidive	Rencontre EMP		Total
	Non	Oui	
TS			
Non	14	11	25
	56%	44%	100%
Oui	1	7	8
	13%	87%	100%
Total	15	18	33
	45%	55%	100%

Par contre, en comparant les gens qui ont prétendu qu'ils auraient eu besoin d'une aide à un moment donné et les gens qui ont bénéficié d'un entretien avec l'EMP, on constate que la majorité des gens pris en charge par l'EMP sont des gens demandeurs de soutien psychologique (59%), mais que 41% de ces derniers n'ont bénéficié d'aucune aide jusque là. Ce résultat étant non significatif, il tendrait quand même à démontrer une faille dans le mode de consultation de l'EMP.

Tableau 13. Comparaison des gens qui auraient eu besoin d'une aide à un moment donné et de ceux ayant rencontré l'EMP

Demande d'aide	Rencontre EMP		Total
	Non	Oui	
Non	8 50%	8 50%	16 100%
Oui	7 41%	10 59%	17 100%
Total	15 45%	18 55%	33 100%

2.5.3. Demande d'un addictologue à Camopi

67% de la population des enquêtés est demandeuse de la présence d'un addictologue à Camopi pour faire face au problème de la drogue et de l'alcool.

2.5.4. Récapitulatif

De ce sous-chapitre nous retiendrons que :

- 52% de la population enquêtée dit avoir eu besoin de l'aide à un moment donné, d'un professionnel de santé à qui s'adresser, pour faire face à la pression d'un processus suicidaire enclenché.

- 58% des enquêtés sont favorables à une présence permanente d'une équipe de psychiatrie à Camopi pour faire face au problème grandissant du suicide.
- 83% des personnes ayant déjà bénéficié de la prise en charge de l'EMP étaient satisfaites de son intervention.
- 67% de la population des enquêtés est demandeuse de la présence d'un addictologue à Camopi pour faire face au problème de la drogue et de l'alcool.

Nous reparlerons de ces résultats dans le chapitre « Discussion ».

2.6. Conception du suicide et prise en charge dans la culture amérindienne

2.6.1. Après la mort, une nouvelle vie. Réincarnation du corps et de l'esprit.

2.6.1.1. Vie après la mort

24% des enquêtés pensent qu'il y a une vie après la mort. 33% à Camopi et 10% à Trois-Sauts.

Il existerait une relation significative entre le fait de croire à une vie après la mort et le fait d'avoir une religion. (Voir paragraphe 2.6.6.)

2.6.1.2. Réincarnation du corps et de l'esprit

21% croient à une réincarnation du corps et 33% croient à la réincarnation de l'esprit.

2.6.2. Des voix entendues, au moment de passer à l'acte suicidaire

36% des personnes interrogées ont entendu des voix juste avant leur TS. Certaines de ces voix étaient, d'après les enquêtés, des esprits, dans 75% des cas. D'autres parlent de voix de quelqu'un de leur famille, décédé ou non, dans 8% des cas ; les autres ne savent pas qui étaient ces voix, représentant 17% des cas.

On remarque qu'à Trois-Sauts, les gens qui disent avoir entendu des voix, prétendent tous que ces voix étaient des esprits. Cette différence avec Camopi n'est pas significative.

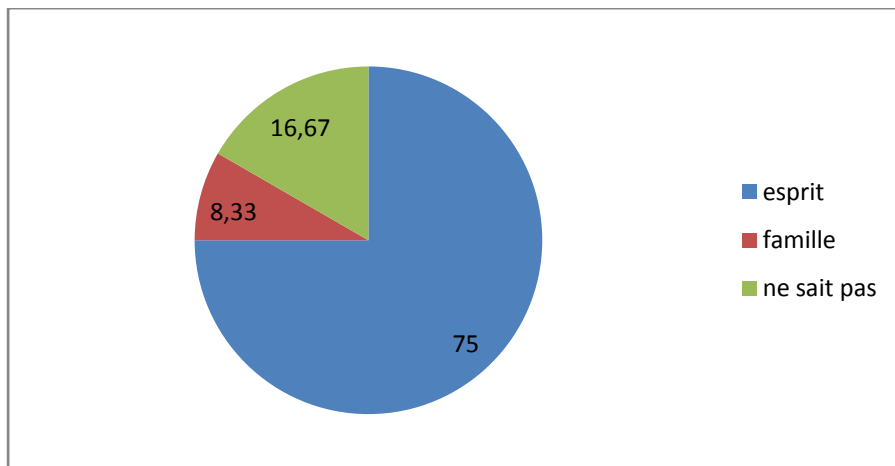


Figure 14. Fréquence de l'origine des voix entendues par certaines personnes au moment de leur TS.

2.6.2.1. Voix entendues à d'autres moments.

21% des enquêtés disent avoir déjà entendu des voix à d'autres moments.

2.6.2.2. Tentative de suicide dictée par un esprit

58% des personnes disent que leur TS leur a été dictée par un esprit, même s'ils n'ont pas forcément entendu de voix. 52% à Camopi et 70% à Trois-Sauts.

D'autre part, on note une différence d'âge significative entre les personnes qui révèlent que leur TS leur a été dictée par un esprit (moyenne de 19 ans) et les autres (moyenne de 29 ans). $p=0.014$

2.6.3. Le passage à l'acte, comme message pour l'entourage

Dans les études d' « Autopsie psychologique », il est démontré que le passage à l'acte est le plus souvent porteur d'un message pour l'entourage.

Dans notre étude, il n'y a que 15% des enquêtés qui témoignent d'un message pour leur entourage apporté par leur passage à l'acte. 9% à Camopi et 30% à Trois-Sauts.

2.6.4. Le passage à l'acte comme issue de la mélancolie

On entend fréquemment que l'amérindien « se passe la corde autour du cou pour un rien », en général une broutille qui l'a contrarié, une petite engueulade, une minime frustration... En réalité il semble que cela ne soit que la partie visible de l'iceberg car 68% des enquêtés

révèlent que leur envie de se suicider correspondait à une détresse psychologique intense, un mal-être insoutenable qu'il fallait juguler. 65% à Camopi, et 60% à Trois-Sauts se trouvaient dans un état proche de la mélancolie.

2.6.4.1. Rapport entre mélancolie et dépression

En comparant les 2 groupes, on constate que chez les personnes « aux antécédents de dépression », la part de ceux qui décrivent une mélancolie est bien plus importante que dans le groupe « sans antécédent de dépression » (87% vs 44%, $p=0.012$). Ce qui suit une certaine logique.

Tableau 14. Rapport entre dépression et mélancolie.

Dépression	Mélancolie		Total
	Non	Oui	
Non	10 56%	8 44%	18 100%
Oui	2 13%	13 87%	15 100%
Total	12 36%	21 63%	33 100%

2.6.5. Prise en charge du suicide dans le village

9% des gens disent que les suicides ou TS sont prises en charge par le chamane du village.

Les autres confient qu'aucune prise en charge particulière des suicides ou des TS n'est effectuée à la suite de ces passages à l'acte.

2.6.6. Religion

15% de la population dit avoir une religion. 17% des gens de Camopi et 10% de Trois-Sauts.

12% sont catholiques et 3%, évangélistes.

Il existerait une relation significative entre le fait de croire à une vie après la mort et le fait d'avoir une religion ($p= 0.4$).

D'autre part il n'y aurait pas de relation entre l'âge et le fait d'avoir une religion.

Tableau 15. Rapport entre religion et le fait de croire à une vie après la mort.

religion	2ème vie		Total
	Non	Oui	
Non	23 82%	5 18%	28 100%
Oui	2 40%	3 60%	5 100%
Total	25 76%	8 24%	33 100%

2.6.7. Récapitulatif

De ce sous-chapitre de la culture amérindienne, nous retiendrons que :

- 24% des enquêtés pensent qu'il y a une vie après la mort.
- Il existerait une relation significative entre le fait de croire à une vie après la mort et le fait d'avoir une religion. 15% des personnes interrogées auraient une religion.
- 21% croient à une réincarnation du corps et 33% croient à la réincarnation de l'esprit.
- 36% des personnes interrogées ont entendu des voix juste avant leur TS. Pour eux, ces voix étaient des esprits, dans 75% des cas.
- 58% des personnes disent que leur TS leur a été dictée par un esprit. Il existerait une différence d'âge significative entre les personnes qui révèlent que leur TS leur a été dictée par un esprit (moyenne de 19 ans) et les autres (moyenne de 29 ans).
- La TS n'est considérée comme porteuse d'un message à l'entourage que dans 15% des cas.

- 68% des enquêtés témoignent d'un état similaire à la mélancolie lors de leur passage à l'acte suicidaire. Il existerait un lien significatif entre ces mêmes personnes et le facteur de vulnérabilité « dépression ».

- 9% des gens disent que les suicides ou TS sont prises en charge par le chamane du village. Les autres disent qu'aucune prise en charge n'est faite lors des évènements suicidaires.

Nous reparlerons de ces résultats dans le chapitre « Discussion ».

Tableau 16. Récapitulatif des items de la conception amérindienne du suicide.

Conception amérindienne du suicide	Camopi		Trois-Sauts		Total		P-value
	n	%	n	%	n	%	
Réincarnation corps	5	22	2	20	7	21	0,9
Réincarnation esprit	9	33	2	20	11	33	0,28
Vie après la mort	7	33	1	10	8	24	0,21
Voix entendues lors de la TS	8	35	4	40	12	36	0,78
Voix entendues en dehors de la TS (hallucinations)	6	26	1	10	7	21	0,29
TS motivée par un esprit	12	52	7	70	19	58	0,34
TS comme message pour l'entourage	2	9	3	30	5	15	0,34
TS suite à mélancolie	15	65	6	60	21	64	0,78
TS prise en charge dans le village	5	22	3	30	8	24	0,61
Religion	4	17	1	10	5	15	0,59

2.7. Ce qu'évoque le suicide pour les enquêtés.

Cette dernière question, plus ouverte, avait pour but de laisser un espace à la personne pour lui laisser dire d'elle-même, ce que lui évoquait le suicide. Dans la majeure partie des cas, ils n'ont pas fait de longs discours, certains n'ont même pas envie d'en parler. Certains autres quand même ont laissé quelques mots leur échapper. Les idées suivantes ont été évoquées :

- Une colère contre des paroles entendues
- Le fait de laisser les choses, partir

- La colère, la jalousie
- La colère, la tristesse
- La peur, la peur de réessayer
- La tristesse de sa famille, pas la sienne
- Tu ne penses plus à ta famille, tu es seul, quel est ton rôle?
- Tristesse quand sa grand-mère la grondait
- La colère, son fils
- C'est pas bien, on ne comprend pas l'acte, soudain, pas un état normal, l'alcool; c'est le chamane qui nous poursuit avec des esprits pour provoquer le suicide
- C'est pas bien, ça ne vaut pas la peine. Tristesse.
- Sensation forte de violence de part la famille qui te rejette; un manque de responsabilité des parents; les enfants sont coincés dans leur corps; les parents sont violents, manquent de tact avec la jeunesse
- Colère tristesse
- Ma mère et mon père se fâchent; les gens qui parlent derrière son dos
- Son frère mort suicidé
- Ce n'est pas bien, tu laisses tes parents, ton petit; on se suicide pour rien
- Rien
- Corde
- J'ai envie de me suicider; trop de gens parlent sur moi, ils sont trop méchants avec mes parents; ça ne va pas bien dans ma tête
- La mort
- Le calme

Discussion

Cette étude est le premier travail épidémiologique, observationnel et rétrospectif effectué dans le bassin de population de la commune de Camopi, portant sur la problématique du suicide. Elle est représentative des évènements suicidaires du haut-Oyapock entre 2008 et 2015.

Dans ce chapitre « Discussion », nous allons tenter de faire ressortir les points importants soulevés par les résultats obtenus et qui pourront servir de cible à la prévention, l'accompagnement, la prise en charge des évènements suicidaires.

1. Données quantitatives.

La plupart des démographes, sociologues et statisticiens de tous les pays s'accordent aujourd'hui pour considérer que, si les chiffres absolus du suicide sont faux par sous-estimation, les distributions obtenues à partir de ces données en matière de sexe, d'âge, de lieu de résidence, etc..., demeurent fiables. Une étude de la Commission européenne coordonnée par le CépiDc de l'INSERM et complétée par des enquêtes de contrôle réalisées en France conclut que « les taux de suicide déterminés par les statistiques officielles étaient sous-évalués - d'environ 20% - mais que les caractéristiques sociodémographiques et géographiques du suicide changeaient peu après correction ».(32)

En considérant ces données, il est donc plus légitime de comparer la population d'étude de Camopi aux données de la France métropolitaine en parlant de taux de suicide ou de TS pour 100 000 habitants même si cela ne reste pas scientifiquement exact.

Dans l'analyse des résultats de cette étude, on peut voir que le nombre absolu de suicides est supérieur les trois dernières années (2013-2015) et il convient de se resituer au sein de la population dans laquelle ces suicides ont eu lieu.

En ne considérant que les trois dernières années d'étude et en employant le taux de suicide pour 100 000 habitants qui est l'unité standard utilisée, on retrouve un taux de suicide annuel de 296 pour 100 000 habitants pour l'ensemble de la commune de Camopi. Soit 18.5

fois plus que le taux annuel en France métropolitaine qui est d'environ 16 pour 100 000 en 2015. Si on s'intéresse au taux de suicide du département français le plus élevé, il s'agit des Côtes d'Armor avec un taux de 39 pour 100 000 habitants, ce qui n'a pas de commune mesure avec le taux de suicide de la population étudiée ici (15).

Ce taux est également plus élevé que le taux de suicide sur le haut-Maroni, révélé par l'enquête de Labous et Toko-Toko en 2006 (280 pour 100 000) (19).

Etant donné l'extrapolation des résultats obtenus de ces deux études on ne peut pas conclure à une différence d'ordre de grandeur des taux de suicide entre ces deux populations.

D'autre part, en ne considérant que la dernière année d'étude, on retrouve un taux de TS annuel de 94.7 pour 10 000 habitants pour l'ensemble de la commune de Camopi. On observe donc que le taux de TS est 5.4 fois plus important que le taux observé en France métropolitaine car celui-ci est de 17.7 pour 10 000 habitants.

Ces chiffres permettent de se représenter cognitivement la taille des processus suicidaires au sein de la population étudiée.

Par ailleurs, il faut porter attention au taux de létalité qui est de 30.4%, c'est à dire quasiment une personne sur 3. Soit environ 4 fois plus qu'en métropole, où il est de 8.2% soit une personne sur 12 environ.

Ce taux de létalité est un indice qui reflète la gravité du phénomène, car il précise le caractère radical du passage à l'acte, par rapport à la population française métropolitaine de référence qui fait déjà partie des plus touchées au niveau mondial.

2. Données qualitatives

2.1. Données sociodémographiques

On constate une similitude entre les données sociodémographiques des amérindiens qui se suicident dans le bassin du haut-Oyapock et ceux du bassin du haut-Maroni.

Ces caractéristiques ne suivent pas les mêmes tendances qu'en France métropolitaine.

A savoir qu'en métropole, le taux de suicide augmente globalement avec l'âge et qu'il est prédominant chez le sexe masculin (29,30). Il y a aussi plus de femmes qui effectuent des TS, que d'homme. Dans la population qui nous concerne, il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes concernant les évènements suicidaires. De plus, le taux de suicide est largement plus important chez les moins de 20 ans, la médiane des âges étant de 17 ans et la tranche d'âge des 10-20 ans regroupant 71% de la totalité des décès par suicide .

Cette répartition du suicide selon l'âge et le sexe chez ces deux populations amérindiennes, nous oblige à repenser et réadapter la stratégie nationale de repérage et de prévention des populations à risque. La répartition selon l'âge est liée entre autre au fait, que selon les données de l'Audeg, en 2010, 48% de la population de Camopi avait moins de 14 ans (9).

La présence de suicide chez des adolescents de 13 ans ou de TS chez des enfants de 8 ans n'est pas exceptionnelle car les données montrent des évènements suicidaires chez des enfants encore plus jeunes en métropole (première tranche d'âge déclarée de 5 à 10 ans) (29). La présence d'un pédopsychiatre est de mise.

Il est important de souligner que la population amérindienne de Camopi et surtout les plus âgés, tiennent un certain discours par rapport à cette fréquence des suicides et des TS dans leur commune. Ils nous ont révélé, au cours d'entretiens privés, souvent lors du partage du *cachiri*, qu'ils avaient toujours vu des personnes de la communauté vouloir mettre fin à leurs jours, mais pas aussi souvent que ces dernières années (33). D'après eux, ces évènements sont tragiques pour toute la communauté et les familles portent une grande tristesse en permanence (34). Personne ne sait comment se comporter, ni quoi dire ou quoi faire. Ils ne comprennent pas la cause des évènements.

Il ressort de ces entretiens privés une grande souffrance, ce qui est d'ailleurs mis en évidence à la fin du questionnaire, dans la réponse à l'expression libre.

D'autre part, dans le chapitre « Introduction » de ce travail sont développés largement en 2.3 les différents concepts territoriaux de ZDUC, ZAR et PAG. Les revendications portées par les amérindiens, relatives à ces concepts sont nombreuses. Cependant on peut remarquer que, si ce sujet largement inducteur de tensions au sein de la communauté, est plus l'apanage des parents et de la population adulte en générale qui « se bat » pour ses causes,

le suicide est l'apanage de la population des moins de 20 ans. « Si jeunesse savait, si vieillesse pouvait ».

2.2. Évènements de vie précédant la TS.

La partie du questionnaire sur les évènements de vie ayant précédé la TS a été inspiré des résultats d'un travail de Foster (21) ayant fait la synthèse d'un ensemble d'études basées sur l'autopsie psychologique. Le but étant de voir si ces résultats pouvaient être comparables à la population de la commune de Camopi.

Les études d'autopsie psychologique sont réalisées de fait dans l'entourage proche d'une personne ayant effectué un suicide complété; étant donné la forte létalité des évènements suicidaires dans notre population (supérieur à 30%), nous nous accorderons de procéder par analogie avec les enquêtés ayant effectué une TS.

Dans l'étude de Foster, l'évènement de vie le plus fréquemment retrouvé dans l'année ayant précédé le suicide est le conflit interpersonnel. Ce n'est pas le cas de toutes les études. Notamment en Angleterre, dans l'étude de Harwood, Hawton, Hope et al. en 2006, l'évènement de vie retrouvé dans 82% des cas dans l'année précédant le suicide est la maladie physique, puis ensuite viennent les conflits interpersonnels.

En Asie, les évènements de vie fragilisants qui précèdent le suicide dans l'année sont plus souvent des problèmes financiers ou le fait de « perdre la face » en société.

Dans notre cas, il s'agit de la mort d'un proche qui constitue l'évènement de vie le plus fréquemment retrouvé dans l'année précédant le passage à l'acte. Ensuite sont retrouvés dans l'ordre décroissant le conflit interpersonnel, les problèmes professionnels ou financiers, la rupture dans la scolarité (ou le chômage) est retrouvée dans un tiers des cas, avant les problèmes de maladies physiques. Les problèmes de séparation de couple n'arrivent pas en premier plan.

Il n'est pas facile d'avoir une action sur le premier évènement de vie retrouvé dans notre étude, mais le travail de prévention et d'accompagnement qui est en cours espère pouvoir faire diminuer cette incidence de mortalité. Concernant le deuxième évènement de vie, il est plausible que les jeunes puissent être aiguillés, conseillés dans leurs relations sociales, de

manière à faire face aux conflits qu'ils devront affronter. La place des chefs coutumiers et les modes traditionnels de régulation des conflits doivent être revalorisés dans la gestion des conflits interpersonnels, en se réappropriant le cadre légal via le Conseil pour les Droits et Devoirs des Familles (CDDF) piloté par le maire (35).

La mise en place d'une antenne du CMP de Cayenne avec au moins un psychologue ou un psychiatre en permanence est grandement nécessaire.

La CeRMePI a tout son rôle à jouer dans la coordination des actions de lutte contre l'occurrence de ces évènements de vie.

Une autre donnée à mettre en avant grâce à l'étude de Foster est le nombre d'évènements de vie traversés par la personne avant son passage à l'acte.

Dans la population des enquêtés à Camopi, on constate que 94% des personnes ont vécu un évènement de vie stressant dans l'année précédant le passage à l'acte. Ce pourcentage n'est jamais aussi élevé dans toutes les études répertoriées par Foster.

De plus, il faut considérer que 30% des enquêtés de la commune de Camopi ont vécu 2 évènements de vie dans l'année précédant la TS, 33% en ont vécu 3 ou 4 et que 36% en ont vécu de 5 à 8.

Cela peut être dû à la petite taille de la commune de Camopi et au rapprochement géographique et familial des cas de suicide et de TS. Ou alors on peut évoquer la possibilité que l'affect des amérindiens est peut-être plus mobilisé dans des situations de stress social, dues aux modifications « modernes » du mode de vie.

Une focalisation, un travail de fond, peuvent être effectués sur ces évènements négatifs avec comme objectif la réduction de leur incidence.

2.3. Facteurs de vulnérabilité

D'après les résultats que nous avons obtenus, nous savons que 61% des personnes interrogées révèlent un évènement suicidaire d'un membre de leur famille, dont 75% à

Camopi-Bourg. 45% révèlent un évènement suicidaire d'un membre de leur famille au 1^{er} degré de parenté. Ces pourcentages sont la preuve d'un phénomène en série qu'il faut pouvoir juguler. Le plus tôt sera le mieux. Les chiffres parlent d'eux-mêmes.

D'autre part, un point important des résultats mérite une réflexion particulière. La récurrence de TS serait significativement liée à la consommation de cannabis chez les enquêtés. La récurrence de TS augmentant à chaque fois le risque d'une autre TS et de suicide complété (22), il faut pouvoir agir sur ce phénomène également, même si le pourcentage de personnes se déclarant dépendantes au cannabis est faible et si le taux de passage à l'acte sous l'emprise du cannabis l'est aussi. La désinhibition engendrée par l'ivresse cannabique, tout comme l'ivresse alcoolique, peut être un facteur précipitant des évènements suicidaires. La présence dans ce cas d'un addictologue et la mise en place de projets de lutte anti-drogue est une priorité.

En France métropolitaine, il est reconnu que la présence de facteurs de risques psychiatriques a une influence clairement identifiée sur le passage à l'acte suicidaire (12,22). Les troubles de l'humeur arrivent en tête de ces facteurs de risques. En raison de sa fréquence, la dépression non traitée est considérée comme la première cause de suicide.

Les résultats de l'étude à Camopi nous montrent que 45% des enquêtés prétendent avoir eu des problèmes de dépression. 63% disent qu'ils étaient dans un état proche de la mélancolie. Il faut considérer que ces pourcentages sont sûrement un indice mais leur degré d'exactitude n'est pas garanti, étant donné que ces concepts sont purement occidentaux et que la définition de ces termes peut être plus ou moins bien comprise par les enquêtés. Ceci dit, la dépression est universelle, jusqu'à preuve du contraire et le niveau de français de la population de Camopi est assez bon pour estimer que les réponses au questionnaire sont fiables. Considérant ces résultats, notre devoir en tant que médecin est de prendre en charge ces personnes avec les moyens que nous connaissons. Rappelons que le risque majeur de la mélancolie est le suicide. Son traitement est donc une urgence, qui nécessite une hospitalisation, l'administration d'antidépresseurs, un soutien psychothérapeutique.(36)

Parallèlement, il convient de considérer les spécificités de la culture amérindienne grâce à l'intervention d'un médiateur culturel, d'un anthropologue, éventuellement d'un

ethnopsychiatre...un intervenant issu de la communauté peut être un moyen possible pour ne pas passer à côté du problème.

Un autre facteur de vulnérabilité mérite une attention particulière. 33% de la population enquêtée révèle avoir été victime de maltraitance dans l'enfance. Cette maltraitance fait partie des facteurs de risque distaux du suicide les plus significativement liés aux conduites suicidaires ultérieures (28). Il est impératif de se positionner également sur ce problème social en s'appuyant sur les lois françaises. Encore une fois, la CeRMePI doit pouvoir servir de clé de voûte dans l'ensemble de ces considérations. La violence domestique et la violence faite aux femmes rentrent également en ligne de compte dans ce combat.

Reste à évoquer pour finir ce sous-chapitre le lien qu'il existerait entre « dépression » et « nombre de personnes habitants dans le même foyer », ainsi que le lien entre « dépression » et « nombre de frères et sœurs ».

Dans les livres de psychiatrie on trouve comme facteur protecteur de la dépression, le fait d'être entouré par de la famille ou des amis (36). D'autre part dans l'ouvrage « Le suicide » de Durkheim, celui-ci affirme que le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration de la vie domestique (23). Ces concepts sont connus et il ne faut pas faire l'amalgame entre la dépression et le suicide, mais nous conviendrons de l'existence d'un lien entre les deux clairement établi au chapitre 2.3 de cette discussion. Dans la population de Camopi, un nombre élevé de frères et sœurs protégerait de la dépression alors qu'un nombre trop élevé d'habitants dans la même maison, la favoriserait. A savoir que de nombreuses familles de la commune peuvent vivre à plus de 10 dans un carbet de 20m² sans compartiment individuel.

Dans une étude de Brand, dans le Mato Grosso do Sul au Brésil en 1997, celui-ci présente le concept de « confinement compulsif » en rapport avec la surpopulation des réserves dans lesquelles les amérindiens ont été déplacés. Ces derniers ayant subi une importante épidémie de suicide dans les années 1990-2000 (37) (38). Rappelons qu'à Camopi, la population n'a jamais été aussi importante.(9) Les habitants les plus âgés ne sont pas habitués à une telle population et notamment à une telle foule d'enfants. Certains habitants ont pris le parti de s'éloigner du village, pour reconstruire un lieu de vie à distance.

Il est probable que des conflits intergénérationnels puissent avoir lieu au sein des foyers, dans des espaces restreints où les adolescents et jeunes adultes notamment, peuvent manquer d'intimité. La question de l'habitat peut jouer un rôle important dans le bien-être de chacun.

2.4. Troubles liés à l'usage de substances

La relation entre la consommation de cannabis et la récurrence de TS a déjà été discutée en 2.3.

D'autre part, d'après les résultats dont nous disposons, nous pouvons voir qu'il existe une relation significative entre la dépendance à l'alcool et le passage à l'acte, alcoolisé.

En d'autres termes, la majorité des personnes qui sont alcoolisées au moment de leur passage à l'acte seraient des personnes alcoolodépendantes.

Il faut donc différencier d'un côté, la prise d'alcool en période de fête, de *cachiri*, qui est indispensable à la vie socioculturelle de la communauté ; de l'autre côté, les déviations d'abus d'alcool chez les personnes alcoolodépendantes et pour qui le passage à l'acte suicidaire est un risque inconsidéré.

Les études d'autopsie psychologique ont permis de valider certaines évidences et de nuancer ou d'infirmer certaines idées reçues en milieu autochtone. Que le suicide soit étroitement associé à l'abus d'alcool est déjà connu.(39)

Les amérindiens Wayampi et Teko boivent en groupe pour le plaisir d'appartenir à la communauté. Ils ne sauraient exprimer leurs remerciements, leurs amitiés, leurs affiliations, sans le plaisir d'offrir un « bon » *cachiri*, considéré comme un savoir-être culturel. (26) Il est d'ailleurs de bon ton de rappeler que le degré d'alcool pur contenu dans le *cachiri* consommé par les amérindiens est situé entre 2 et 4 et qu'il n'est donc pas inducteur d'une ivresse que peut engendrer l'alcool « industriel » que nous connaissons.

Une Recherche Action Participative a été effectuée entre 2009 et 2013 par le Dr Sanquer (médecin) et le Dr Salazar (psychologue) sur la consommation d'alcool à Camopi. De ce travail ressortent de nombreux résultats qu'il faut prendre en considération quant à la problématique du suicide.

« Les groupes de personnes qui ont le plus de mal à assumer les suites de l'alcoolisation (actes suicidaires entre autres) ne semblent pas s'apercevoir qu'ils sont les plus grands consommateurs de soins pour accidents et bagarres et les plus concernés par les interpellations pour bagarres, accidents, viols et violence faite aux femmes.

Le risque majeur dans cette problématique de l'alcool, sans parler du suicide, est d'entraîner l'ensemble de la communauté vers une alcoolo-dépendance. La survenue d'une dépendance peut créer un nouveau facteur de complexité pour l'engagement de la communauté autour d'un solide projet d'avenir, car à ce stade, la réponse nécessiterait une prise en charge de soin individuelle avec un appui externe. Il est par conséquent urgent de continuer ce travail de prise de conscience, pour que la communauté gravisse le plus vite possible les étapes qui lui permettront de se mobiliser pour une action de prévention communautaire bien réfléchie et consensuelle ».

Quelques idées phares émises dans le travail de Recherche Action Participative :

- Revalorisation des vraies fêtes de Cachiri
- Des activités de sensibilisation en milieu scolaire, au centre de santé et dans les espaces sociaux et culturels.
- Un regard approfondi sur les possibilités de régulation de l'accès à l'alcool dans le bourg et dans les fêtes.

« L'établissement scolaire peut avoir un rôle d'outil privilégié dans la prévention et dans la réponse communautaire aux fléaux sociaux, que sont l'alcool et le suicide, intimement liés d'ailleurs. L'idée serait de faire en sorte que cet espace fasse partie de l'univers culturel des jeunes amérindiens et de leurs familles. Parallèlement du côté de l'institution scolaire, on ne peut pas avancer sans s'engager avec la communauté dans un travail de contextualisation des programmes, tout en respectant l'apprentissage des « fondamentaux ». L'apprentissage de compétences partagées par les deux cultures s'avère nécessaire pour respecter la logique de l'autre. La place et le rôle des intervenants issus de la communauté est à privilégier et à renforcer ».

Le partage de l'information sur la dangerosité des substances consommées nécessite la rigueur scientifique de médecins qui feraient partager leur savoir sur la question, dans l'enceinte de l'établissement scolaire.

2.5. Place et rôle des professionnels de santé à Camopi

D'après notre étude, la majorité des personnes interrogées qui ont accepté de répondre au questionnaire sont favorables à la venue de l'équipe mobile de psychiatrie adulte et 83% des personnes qui ont déjà bénéficié d'une prise en charge par l'EMP disent être satisfaites de son intervention.

Dans le cadre du recueil de données j'ai eu l'opportunité de participer aux entretiens de l'EMP et j'ai pu constater le climat de confiance et de complicité dans lequel ils se déroulaient. La majorité des personnes « consultées » parlaient ouvertement à l'équipe, dans la logique de mettre en lumière des problèmes psychologiques qui les affectaient et d'essayer de trouver une solution à ces situations parfois angoissantes. A la fin des entretiens, nous avons l'impression la plupart du temps, d'avoir pu apporter une aide. Plusieurs fois même, des personnes sont venues d'elle-même me parler en privé de problèmes personnels ou de l'histoire d'un proche ayant effectué un acte suicidaire.

Notre étude dans la commune de Camopi montre que le taux de suicide est comparable, voire supérieur à ce qu'il a été sur le haut-Maroni en considérant l'étude réalisée par Labous et Toko-Toko. D'autre part le questionnaire a mis en évidence qu'une majorité de la population interrogée est favorable à une plus forte présence de l'équipe de psychiatrie à Camopi.

La présence d'un addictologue serait bien-sûr souhaitable étant donné le taux de dépendance à l'alcool retrouvé à l'issue de ce même questionnaire.

Pour finir, le rapport parlementaire de 2015 préconise dans sa toute première proposition, de mettre en place une antenne du CMP de Cayenne à Camopi (17). Il appartient donc à l'ARS et au pôle de psychiatrie du CHAR à présent, de se positionner sur cette proposition.

2.6. Conception du suicide et prise en charge dans la culture amérindienne

Le fait de penser qu'il y a une vie après la mort n'a pas l'air d'être très inscrit dans la culture amérindienne, au sein de la population des enquêtés en tout cas. La faible proportion des personnes qui ont une religion dans cette même population influencerait significativement cette pensée.

Cependant, une proportion non négligeable de personnes croit en la réincarnation de l'esprit et deux fois plus encore ont témoigné que leur TS leur avait été dictée par un esprit. De plus, les personnes qui témoignent de cette dernière observation ont un âge significativement plus jeune que les personnes qui disent avoir effectué leur TS de leur propre chef. La population jeune serait donc porteuse d'une croyance au monde des esprits (39).

Dans l'étude de Brand évoquée plus haut dans la discussion sur les suicides Guarani au Brésil (37), il expose que la sorcellerie est présente au sein de tous les groupes brésiliens; elle est étudiée de manières diverses. Les études réalisées sur le terrain par Brand (1997) indiquent que les suicides sont provoqués par la force de la sorcellerie et il existe dans ses récits l'existence d'un conflit entre le bien et le mal. L'augmentation des situations ayant un rapport avec la sorcellerie serait un signe de désintégration culturelle et de désorganisation interne du groupe. Toutefois, d'après Brand, le suicide serait aussi associé au fait que nombre de jeunes ne passent plus par le rituel d'initiation au passage à la vie adulte.

Dans la population interrogée à Camopi, sont revenus fréquemment les termes de « mauvais esprit » et de « démon ». Si l'exposé de Brand est véridique concernant la présence de la « sorcellerie » dans tous les peuples indigènes du Brésil, pourquoi serait-ce différent en Guyane française? La « sorcellerie » est le principe régulateur des peuples indigènes d'Amazonie, entre autre. Elle est l'inverse du Contrat social qui régule notre société depuis Rousseau (1762). Tous les peuples ont un principe régulateur.

La présence de cette croyance au sein de la population de Camopi nous oblige à la prendre en considération dans le cadre de la problématique du suicide. Le « retour », la

reconsidération et la revalorisation des chamanes pourraient s'avérer indispensables dans cette démarche de compréhension du malaise.

Les rites de passage à la vie adulte à Camopi, appelés marake (fourmis sur un tamis apposées sur certaines parties du corps) sont très inégalement suivis. A Trois-Sauts le dernier date de trois ans. A Camopi c'est encore plus rare car il faut pouvoir chasser et nourrir tous les invités. La fréquence est donc liée à un problème territorial.

Enfin, la question de la prise en charge du suicide par les amérindiens eux-mêmes reste à évoquer. D'après les réponses obtenues via le questionnaire, la majorité des personnes interrogées affirme qu'il n'y a pas de personne « ressource », désignée pour prendre en charge traditionnellement l'évènement suicidaire à Camopi.

On pourrait penser que les amérindiens font preuve d'apragmatisme dans une telle situation. Il existe en fait forcément des codes à respecter dont nous ne connaissons pas l'existence.

Exposons l'exemple du déroulement chronologique de la découverte d'une personne s'étant suicidée à Camopi, relaté par l'équipe de psychiatrie du CHAR: le mode de suicide était la pendaison. Dans un premier temps, toutes les personnes présentes regardaient, sans agir. On peut penser qu'effectivement, à ce moment là, il n'y avait pas d'urgence à faire descendre le corps ou que la famille n'avait pas la force mentale de se mettre dans l'action. Le corps a été descendu par les gendarmes. Ensuite il a été remis à la famille. Seules les femmes étaient présentes dans un carbet fermé, où le corps était enroulé dans un hamac qui lui appartenait. Les hommes pendant ce temps étaient allés creuser une sépulture dans la forêt.

La prise en charge du suicide par les amérindiens ne présente donc pas de « problème », jusqu'à preuve du contraire.

La dernière question avait pour objectif de laisser parler les personnes pour laisser libre cours aux idées qui pouvaient émaner de leur expression libre.

On remarque que la stigmatisation chez les jeunes aurait un impact considérable. Effectivement, la commune de Camopi est relativement isolée et les familles qui s'y côtoient se connaissent toutes entre elles. Il ressort des entretiens individuels que nombre

d'adolescents peuvent être sensibles au fait que l' « on parle sur eux ». Le travail sur l'accompagnement des adolescents dans leurs relations sociales et dans leur passage à l'âge adulte en renforçant leur identité, proposé en 2.2 de cette discussion semble adapté à cette susceptibilité révélée chez les jeunes de Camopi.

3. Facteurs limitant de l'étude

- L'étude rétrospective réalisée ici porte sur une période de 8 ans (2008-2015), qui ne permet pas d'avoir un recul suffisant pour décrire une évolution du phénomène dans le temps de façon objective. L'idée d'origine était de considérer une période de 10 ou 15 ans mais l'absence de données fiables issues des CDPS n'aurait pas permis de prétendre à une exhaustivité du recensement des cas de suicide.

- L'objectif principal de ce travail était effectivement le recensement des cas de suicide et de TS sur une période choisie. Concernant les suicides, on sait qu'ils ne sont pas tous identifiés au CDPS car des habitants de Camopi ont déjà disparu en forêt sans qu'on ne retrouve de preuve par la suite. D'autre part, les soignants des CDPS ne font pas partie des rites mortuaires amérindiens. Concernant les TS, il est difficile d'être exhaustif de part la définition même de la TS, qui manque de spécificité et peut engendrer une surestimation ou une sous-estimation. Un biais de sélection est donc introduit.

- Le biais de mémorisation du à la période étudiée doit être cité également. Les informations précises demandées aux enquêtés, notamment dans la partie des événements de vie ayant eu lieu dans l'année précédant la TS, remontaient parfois à plus de 9 ans, au moment du recueil de données. De plus, les événements suicidaires étant une question refoulée par la culture amérindienne, nous avons vu dans les résultats qu'une seule personne seulement se souvenait du mois et de l'année de sa TS. Le biais de mémorisation est donc considérable.

- Dans les faiblesses de l'étude, il faut citer le faible nombre d'enquêtés (33 au total). Cela constitue environ 60% de ce qui aurait pu être réalisé. L'éloignement de la commune de Camopi ne permet pas de multiplier les déplacements sur site et le recueil de donnée n'a pu se faire qu'en trois fois. Le bourg de Trois-Sauts se trouve à deux jours de voyage de Cayenne. Le système de convocation des personnes n'étant pas adapté à la culture

amérindienne, il a fallu trouver une fois sur place le moyen d'organiser les rencontres avec les enquêtés qui n'ont pas tous accepté de participer à l'étude. Quatre personnes ont nié avoir effectué une TS; le questionnaire a donc été stoppé.

- Les carnets de santé constituaient une partie importante de l'outil de travail notamment pour le recensement des TS. La grande majorité de ces carnets restait en principe au CDPS de Camopi et Trois-Sauts. Cependant, ils étaient régulièrement indisponibles. Une part importante d'adolescents scolarisés sur le littoral les emmenait avec eux, ou d'autres raisons étaient évoquées. Une inondation du CDPS de Camopi en a fait disparaître une partie également.

Conclusion

Un chiffre - Sur la période d'étude, les amérindiens de la commune de Camopi ont souffert d'une épidémie de suicide, avec un taux annuel plus élevé pendant les trois dernières années (296 pour 100 000 habitants) d'après les données des CDPS, équivalent à **18 fois** le taux annuel de suicide en France métropolitaine ou encore 7 fois plus élevé que dans le département des Côtes d'Armor qui est le département français où le taux de suicide est le plus fort. Le taux de tentatives de suicide est également plus de 5 fois supérieur au taux de TS recensé en France métropolitaine et le taux de létalité est d'une personne sur trois (30.4%), au lieu d'une personne sur 12. Ce taux de létalité indique le caractère radical du passage à l'acte, comparé à la France métropolitaine où le taux de suicide est l'un des plus importants dans le monde.

Un âge - Des caractéristiques sociodémographiques spécifiques présentant des similitudes avec les amérindiens qui se suicident dans la région du haut-Maroni ont été mises en évidence. Celles-ci diffèrent des caractéristiques en France métropolitaine. A Camopi, la tranche d'âge des **10-20 ans** regroupe 71% des décès par suicide et il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes.

Un facteur précipitant – Les nombreux évènements de vie stressants mis en évidence, dont les **conflits interpersonnels**, doivent voir leur incidence diminuer grâce à un accompagnement et à des conseils relationnels proposés aux adolescents et aux jeunes adultes, souvent susceptibles à la stigmatisation. Les chefs coutumiers doivent se réapproprier leur rôle dans la gestion de ces conflits.

Un facteur facilitant – L'alcool-dépendance est un risque majeur dans la problématique du suicide et les résultats montreraient que ce n'est pas l'**alcool** festif qui est à bannir. L'étude de Recherche Action Participative des Docteurs Sanquer et Salazar (2009-2013) a amené des idées phares dont il faut se servir sans délai. Le lien entre la consommation de cannabis et les récidives de TS impose également une action dirigée de lutte anti-drogues.

Un facteur proximal de vulnérabilité – Dans la population générale, **la dépression**, par sa fréquence, serait le trouble de l'humeur considéré comme la première cause de suicide. Elle

serait également en cause chez les amérindiens de Camopi. La dépression mélancolique peut être une urgence nécessitant une hospitalisation, des anti-dépresseurs et une psychothérapie.

Les trois facteurs énoncés ci-dessus nécessitent au moins un CMP (psychiatre, psychologue, infirmière spécialisée, éducateur spécialisé...), un addictologue, un médiateur culturel.

Le pôle de psychiatrie du CHAR et l'ARS de Cayenne doivent se positionner concernant l'antenne du CMP de Cayenne à Camopi.

Une spécificité amérindienne – Les croyances culturelles aux **esprits**, notamment chez les jeunes et leurs participations dans les événements suicidaires, imposent une prise en charge spécifique. Il est possible que la présence du chamane amérindien, soit nécessaire dans cette problématique.

Un facteur distal de vulnérabilité – La **maltraitance dans l'enfance** doit être un combat mené par tous car il est un facteur indéniable prédisposant au suicide. On citera également dans ce paragraphe le devoir d'agir contre la violence faite aux femmes et la violence domestique.

Une idée proposée – A travers ce travail, il semble que **l'établissement scolaire** puisse devenir un outil privilégié dans la réponse communautaire aux fléaux sociaux que sont l'alcool et le suicide, puisque par définition, c'est là qu'on apprend. L'apprentissage de compétences partagées par les deux cultures s'avère nécessaire pour respecter la logique de l'autre. Les différents intervenants cités dans cette conclusion peuvent intervenir à tour de rôle pour faire partager leur savoir. L'information exacte et la rigueur scientifique sont de mises dans ces enjeux de santé publique.

Il est primordial de favoriser au maximum la présence d'intervenants issus de la communauté amérindienne qui ont tout autant à apprendre à leurs jeunes générations. Les seuls dispositifs de réponse acceptables et durables pour les communautés, sont ceux qui émanent d'elles-mêmes. La CeRMePI doit pouvoir harmoniser les différentes actions qui seront menées pour le mieux-être des habitants de Camopi.

A travers ce travail, différents points névralgiques ont été mis en évidence et des propositions de réponse aux évènements suicidaires ont été amenées avec des moyens de médecin généraliste.

Cette thèse est adressée à vous, Amérindiens de la commune de Camopi, pour pouvoir vous en servir si cela peut vous être utile. Maintenant, quel est votre point de vue?

Bibliographie

1. Rose. Les Emérillons et leur langue. 2003.
2. Groupe International de Travail pour les Peuples Autochtones. Les Indiens d'Amazonie face au développement prédateur. 1e ed. Paris: L'harmattan; 2015.
3. IRD. Langues de Guyane. 2009.
4. Grenand P. Ainsi parlaient nos ancêtres: essai d'ethnohistoire wayampi. 1982;(148).
5. Navet E. Langue amérindienne de famille tupi-guarani. 1992.
6. Grenand F, Grenand P. Les amérindiens de Guyane française aujourd'hui: éléments de compréhension. 1979.
7. Hurault J, Frenay P. Les indiens Emérillons de la Guyane française. 1963;52(1):133-56.
8. Grenand P. L'ethnohistoire: une méthode de recherche pour les sociétés à tradition orale, l'exemple des Amérindiens de Guyane. 1980;13:47-58.
9. AUDEG. Diagnostic territorial de la commune de Camopi. 2013 p. ².
10. Haut Conseil de Santé Publique. Evaluation du programme national d'actions contre le suicide. 2016 mars.
11. Inserm. Autopsie psychologique . In 2006.
12. Terra JL, Pacaut-Troncin M. Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide: convergence et spécificités. 2008;47(4):321-8.
13. Chiffres Monde - Centre de prévention du Suicide [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: http://www.preventionsuicide.be/fr/lesuicide/tousconcernes/chiffre_monde.html
14. Assemblée générale des nations unies. Conférence mondiale sur les peuples autochtones. 2014 sept.
15. Bilans régionaux dans le domaine des suicides et tentatives de suicide [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.infosuicide.eu/pointdevue/recherche/enquetes/prematum/index.htm>
16. [COMMUNIQUÉ] Création d'un observatoire régional du suicide – Gabriel Serville [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible sur: <http://gabrielserville.fr/communique-creation-dun-observatoire-regional-du-suicide/>
17. Archimbaud Aline, Chapdelaine Marie-Anne. Rapport parlementaire sur le suicide des jeunes Amérindiens en Guyane française. 2015 nov.
18. CépiDc - causes médicales de décès [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.cepidc.inserm.fr/site4/>
19. Association Guyanaise de Prévention du Suicide. Programme global de prévention communautaire du suicide en pays Wayana/Emérillon. Cayenne; 2014.

20. <http://dispositifvigilans.org/> [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: <http://dispositifvigilans.org/>
21. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies, *Archives of suicide Research*. 2011;(15:1):1 -15.
22. Le Clainche C, Courtet P. Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide. Drees; 2016.
23. Durkheim Emile. *Le suicide*. 1ere édition. Paris: Payot et Rivages; 1897. (Petit bibliothèque Payot).
24. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. *Suicide et environnement social*. 1e ed. Paris: Dunod; 2013.
25. Hanus M. *Le Deuil après suicide*. Maloine. Paris; 2004.
26. Stefanie SALAZAR, Marie-Anne SANQUER. Cachiri et alcool à Camopi(Guyane française) Recherche Action Participative, 2009---2013. 2014;
27. Ontario hospital association. *Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé*. déc 2012;
28. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour [Internet]. [cité 1 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gate2.inist.fr/pmc/articles/PMC2894980/>
29. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire. *Le suicide des jeunes en France*. 2015. (Les fiches Repères).
30. État des lieux du suicide en France - Santé mentale et psychiatrie - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>
31. Psychiatrie | Polycopié national du collège des enseignants
 Cours de Médecine en Ligne [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/polycopies-psychiatrie-10.html>
32. Baudelot Christian, Establet Roger. *Suicide, l'envers de notre monde*. 2006.
33. Navet E. Considération sur la situation des Amérindiens de l'intérieur de la Guyane. 1990;76:215-27.
34. Pradem Marianne. *Projet de groupe de parole en Guyane pour les endeuillés après un suicide*. mai 2014;
35. Comité interministériel de prévention de la délinquance. *Aide à l'installation d'un Conseil pour les Droits et Devoirs des Familles C.D.D.F. France*; 2011.
36. Jollant F. *Les troubles de l'humeur*. 2009.
37. Brand A. *O impacto da perda da terra sobre a tradição kaiwa/guarani: os difíceis caminhos da palavra*. [Porto Alegre]; 1997.
38. Grubits Sonia. *Suicide chez les jeunes Guarani/Kaiowa du Mato Grosso du Sud*. 2012;

39. Toussignant T, Laloberté A, Bibeau G, Noël D. Comprendre et agir sur le suicide chez les Premières Nations: quelques lunes après l'initiation. 2008;21(1):113-9.

Annexe n°1: Taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants), 2012

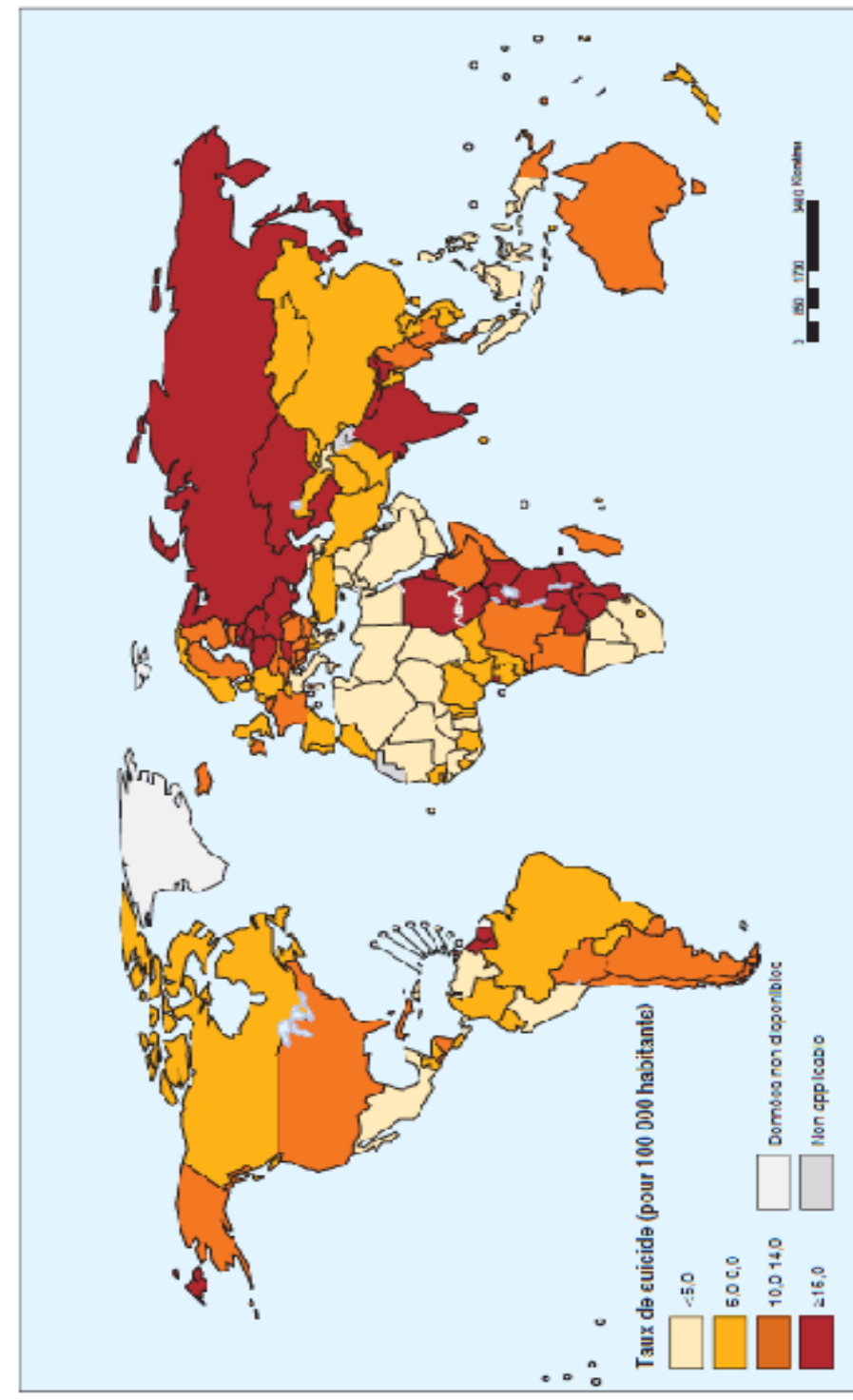


Figure 15. Taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants), hommes et femmes, 2012

Annexe n°2: Territoire de la commune de Maripasoula, en Guyane française



Figure 16. Territoire de la commune de Maripasoula, en Guyane française

Annexe n°3: Carte du moyen et haut-Oyapock.

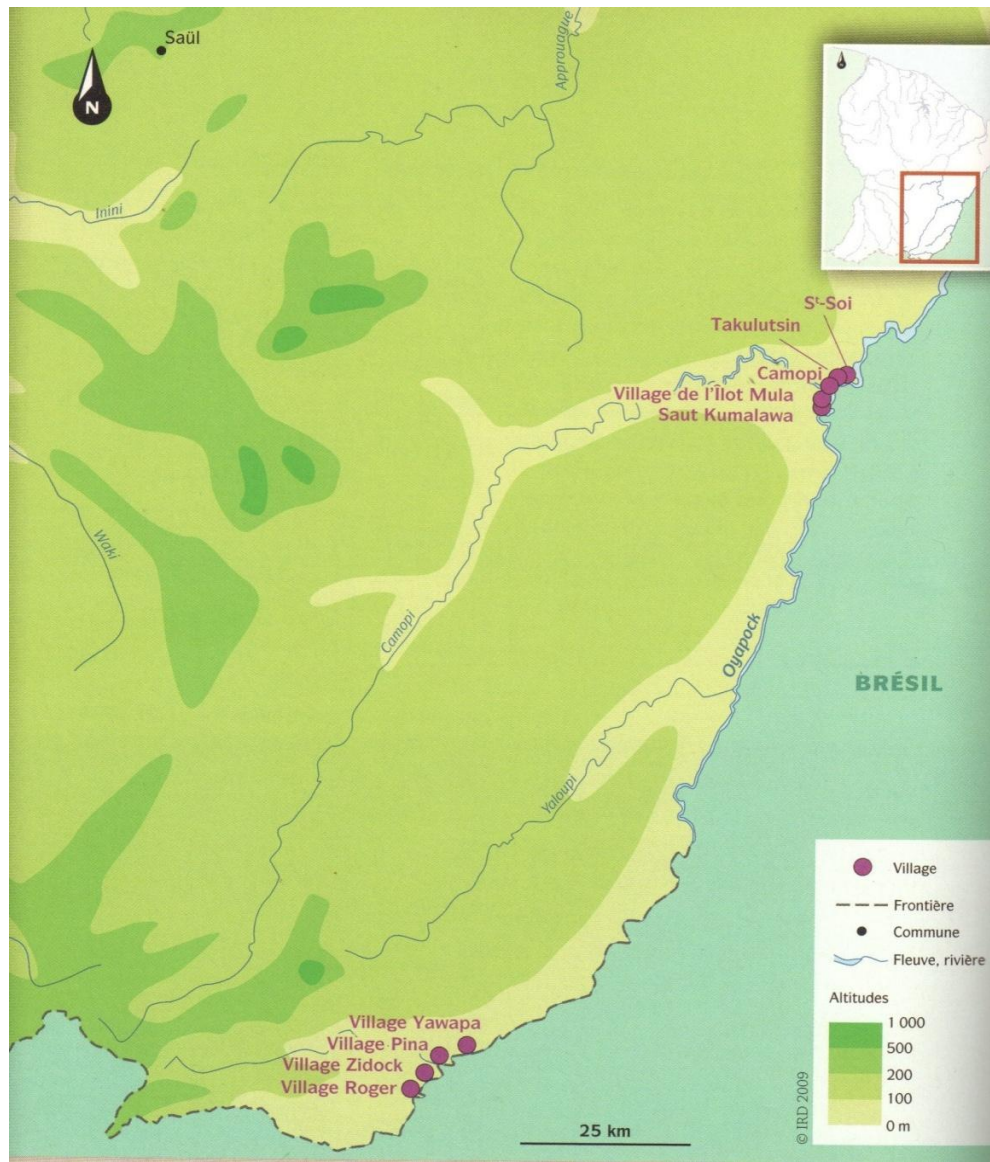


Figure 17. Carte du moyen et haut-Oyapock.

Annexe n°4: le questionnaire

Bonjour, je m'appelle Rémi Pacot, je suis médecin, et j'effectue un travail sur le suicide et les tentatives de suicide.

Le but de mon travail est de mieux prendre en charge ce problème de santé et qu'il y ait moins de gens qui fassent des tentatives de suicide.

Vous avez vous-même fait une tentative de suicide. Est-ce bien le cas ?

Seriez-vous d'accord pour répondre à mon questionnaire? Oui/Non. Si non pourquoi.

Cela durera 20 min environ.

C'est un questionnaire anonyme et confidentiel. Personne ne le verra à part moi. Il contient une cinquantaine de questions. Si vous ne comprenez pas la question, dites le moi.

Si une question vous dérange vous n'êtes pas du tout obligé d'y répondre.

Je vous demande de me répondre avec sincérité.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Chapitre 1. Contexte.

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Vivez-vous en couple ? Oui/Non
- 3) Combien de frères et sœurs avez-vous ?
- 4) Combien d'enfants avez-vous ?
- 5) Vivez-vous encore avec vos parents ? Oui / Non
- 6) Combien de personnes vivent sous le même toit que vous ?
- 7) Avez-vous une activité professionnelle ou occupationnelle principale ? Oui/Non.

Chapitre 2. Événements de vie dans l'année qui a précédé.

Dans l'année qui a précédé votre TS, a-t-il été question pour vous ou votre famille,...

- 1) De dispute sévère, un conflit avec quelqu'un, qui a duré, qui vous a marqué. Oui/Non
- 2) Séparation avec un conjoint(e) ? Oui/Non
- 3) De problème avec la loi ? (Police, prison...) Oui/Non
- 4) De période de chômage, ou de rupture dans la scolarité ? Oui/Non
- 5) De problème professionnel ou financier ? Oui/Non
- 6) De deuil dans votre famille ou dans l'entourage proche? Oui/Non
- 7) De violences domestiques ? Oui/Non
- 8) De problèmes de santé, des blessures, une maladie? Oui/Non

Chapitre 3. Facteurs de vulnérabilité suicidaire.

- 1) Est-ce que quelqu'un de votre famille avait déjà tenté de se suicider ? Oui/Non
- 2) Si oui, qui ? (Mère, père, frère, sœur, petite amie... ?)
- 3) Si oui, était-ce avant ou après votre propre TS ? (ATCD familial de suicide) Oui/Non
- 4) Combien de fois avez-vous fait une TS ?
- 5) Connaissez-vous la date de votre (ou dernière) TS ? (Mois et année) Oui/Non
- 6) Si oui, quelle est cette date ?
- 7) Diriez-vous que vous avez (avez eu) des problèmes de dépression ? Oui/Non/ NR
- 8) Diriez-vous que vous avez (aviez) des problèmes d'impulsivité ou de violence ? Oui/Non
- 9) Avez-vous été victime de maltraitance quand vous étiez enfant ? (agression sexuelle ou physique) Oui/Non/NR
- 10) Si oui, était-ce dans votre propre foyer ? Oui/Non/NR
- 11) L'auteur faisait-il partie de la famille proche ? Oui/Non/NR

Chapitre 4. Troubles liés a l'usage de substance.

Avez-vous déjà...

- 1) - fumé du cannabis(Kali) ? Oui/Non
Si oui : Tous les jours (1) Au moins une fois par semaine(2).
Au moins une fois par mois(3). Moins d'une fois par mois (4).
- 2) -consommé du crack? Oui/Non
Si oui : Tous les jours (1) Au moins une fois par semaine(2).
Au moins une fois par mois(3). Moins d'une fois par mois (4).
- 3) -consommé de la cocaïne? Oui/Non
Si oui : Tous les jours (1) Au moins une fois par semaine(2).
Au moins une fois par mois(3). Moins d'une fois par mois (4).
- 4) -consommé une autre drogue ? Oui/Non
- 5) Quand vous avez fait votre TS, aviez-vous consommé une drogue ? Oui/Non
- 6) Si oui, laquelle (lesquelles) :
- 7) Buvez-vous de l'alcool, autre que la Cachiri? Oui/Non
- 8) Si oui, en aviez-vous bu quand vous avez fait votre TS ? Oui/Non
- 9) Diriez-vous que vous êtes(ou étiez) dépendant à une drogue ou à l'alcool ? Oui/Non
- 10) Si oui, lequel/laquelle ?
- 11) A quel âge avez-vous commencé à prendre de la drogue ?
- 12) A quel âge avez-vous commencé à boire de l'alcool (autre que le Cachiri) ?

Chapitre 5. Place et rôle du corps médical et autres professionnels de santé face à la problématique du suicide.

- 1) Auriez-vous eu besoin à un moment donné d'un professionnel de santé pour vous aider.
Oui/Non
- 2) Si oui, y avait-t-il un professionnel de santé pour vous aider à ce moment-là ? Oui/Non
- 3) S'il y en avait eu un, seriez-vous allé le rencontrer ? Oui/Non
- 4) Pensez-vous qu'il faudrait un interlocuteur permanent face au problème du suicide ?
Oui/Non
- 5) Pensez-vous qu'il faudrait un interlocuteur permanent face au problème de la drogue et de l'alcool ? Oui/Non
- 6) Avez-vous déjà rencontré l'équipe mobile de psychiatrie de l'hôpital de Cayenne ? Oui/Non
- 7) Si oui, étiez-vous satisfait de cette présence ? Oui/Non
- 8) Si non, pourquoi ?

Chapitre 6. La conception amérindienne du suicide et sa prise en charge.

- 1) Pour vous, lorsque l'on meurt, existe-t-il une réincarnation
- 2) ... Du corps ? Oui/Non
- 3) ...De l'esprit ? Oui/Non
- 4) Existe-t-il une vie après la mort ? Oui/Non
- 5) Quand vous avez fait votre TS, avez-vous entendu des voix qui vous incitaient à le faire ?
Oui/Non
- 6) Si oui, d'après vous, qui étaient ces voix ?
- 7) Avez-vous déjà entendu des voix à d'autres moments ? Oui/Non
- 8) Est-ce un esprit qui vous a dicté de faire cette TS? Oui/Non
- 9) Est-ce que pour vous, le suicide est porteur d'un message pour vos proches ? Oui/Non
- 10) Est-ce que vous diriez que l'envie de se suicider correspond à une détresse psychologique intense ? Oui/Non
- 11) Quand quelqu'un se suicide au village ou a voulu se suicider, est-ce que quelqu'un du village (sans parler du centre de santé) intervient pour « prendre en charge » la situation ? Oui/Non
- 12) Si oui, qui ?
- 13) Avez-vous une religion ? Oui/Non (Témoin de J., évangéliste, autre...).
- 14) Si oui, laquelle ?

Questions subsidiaires : Quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit quand vous pensez au suicide, qu'est-ce que cela vous évoque ?

Annexe n°5: Photo de Trois-Sauts



Figure 18. Photo de Trois-Sauts

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.

Sujet de la thèse: La problématique du suicide chez les Amérindiens de la commune de Camopi entre 2008 et 2015

Thèse: Médecine - Université des Antilles et de la Guyane

Année 2016

Mots-clés: suicide, tentative de suicide, Amérindiens, Guyane, alcool, esprit.

Introduction: en 2013 en Guyane française, dans la communauté amérindienne de Camopi, ont été recensés par les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) 6 suicides chez des adolescents âgés de 13 à 18 ans. Ce phénomène suicidaire s'est prolongé les années suivantes. Cette étude avait pour objectif de décrire cette épidémie et d'identifier les facteurs associés à la tentative de suicide (TS).

Matériel et méthode: l'étude était épidémiologique, observationnelle et rétrospective. Une première partie concernait le recensement des TS et des suicides entre 2008 et 2015, chez les Amérindiens connus des CDPS. La deuxième partie comprenait un questionnaire, adressé aux Amérindiens qui avaient fait une TS dans cette même période.

Résultats: Le taux de suicide annuel était plus élevé durant les trois dernières années de la période étudiée. Il était équivalent à 296 pour 100 000 habitants, soit plus de 18 fois le taux de suicide annuel en France métropolitaine. Le taux de létalité était de 30.4% contre 8.2%. La tranche d'âge des 10-20 ans regroupait 71% des décès par suicide et il n'y avait pas de différence significative entre les sexes. Le conflit interpersonnel constituerait le principal événement de vie stressant déclaré par les enquêtés (52%), sans compter les deuils auxquels ils ont été exposés dans l'entourage proche. La dépendance à l'alcool (30% des enquêtés), serait liée significativement à l'occurrence de TS, sous l'emprise de l'alcool ($p=0.03$). La récurrence de TS serait liée significativement à la consommation de cannabis ($p=0.03$). La dépression était retrouvée chez 45% des enquêtés et la maltraitance dans l'enfance chez 33%. Les enquêtés ont déclaré que leur TS leur avait été dictée par un esprit dans 58% des cas.

Conclusion: Des points névralgiques de la problématique du suicide chez les amérindiens de la commune de Camopi ont été mis en évidence. Des propositions de réponses ont été amenées, dans une logique d'actions qui devront être menées avant tout par la communauté amérindienne, en concert avec la Cellule pour le Bien-être des Populations de l'Intérieur.

JURY : - Président: Professeur Mathieu Nacher

- Juges: Professeur Pierre Couppe

Professeur Maryvonne Dueymes

Docteur Yves Simchowicz

- Directeur de Thèse: Docteur Paul Brousse