REGARDS CROISÉS SUR LE SUICIDE ET LES CONDUITES SUICIDAIRES

Le suicide à MAYOTTE

Échata SAID[1], Achim ABOUDOU[1]

[1] Observatoire Régional de la Santé de Mayotte

SOMMAIRE

Objectifs	2
Méthode	2
Chiffres clés	3
Les entretiens	6
Zoom	10
Références	11

contexte

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et les observatoires régionaux de la santé (ORS) des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) de Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et La Réunion, ont proposé de réaliser un diagnostic interrégional pluri-thématique pour identifier les spécificités des conduites suicidaires dans les DROM. Les cinq territoires ultramarins sont marqués par des spécificités géographiques, culturelles, socioéconomiques et sanitaires ou encore liées à leur histoire avec également une hétérogénéité entre chaque territoire. Les observations faites sur les conduites suicidaires dans les DROM diffèrent de ce qui peut être observé au sein de l'Hexagone et soulèvent des questionnements multiples. La mortalité par suicide et les tentatives de suicide au cours de la vie semblent moins fréquentes dans les DROM qu'en France hexagonale [Réf BSP].

Ces résultats soulèvent des questionnements multiples, dont notamment la part de la sous-déclaration du suicide et des tentatives de suicide et le poids des représentations culturelles. Un état des lieux interrégional sur les conduites suicidaires est nécessaire pour mieux comprendre et interpréter ces constats.

Cette fiche présente une synthèse des données quantitatives recensées (nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide, nombre de passages aux urgences, nombre de décès par suicide), ainsi qu'une revue bibliographique et une revue de presse sur les études spécifiques sur les conduites suicidaires à Mayotte.

Pour mieux interpréter les données quantitatives, plusieurs entretiens semi-directifs et un focus group ont été réalisés auprès des acteurs de terrain (psychiatre, psychologue, infirmières, éducateurs, formateurs...) intervenant auprès des personnes concernées et des familles. Cette fiche présente également les points forts de ces échanges.

fnors Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

ors MAYOTTE Observatoire Régional de la Santé

Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un diagnostic interrégional afin d'identifier les spécificités des conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte), ainsi que leurs déterminants. Plus spécifiquement, les objectifs de cette étude sont les suivants :

- Recenser les données et les études spécifiques sur les conduites suicidaires et leurs déterminants dans chacun de ces territoires ;
- Procéder à une analyse croisée de ces données afin d'identifier les similitudes et les différences entre les territoires ;
- Formuler des recommandations concrètes en termes d'actions à mettre en place pour prévenir les conduites suicidaires dans ces régions.

Méthode

L'étude repose sur une méthode de recherche mixte, combinant des approches quantitatives et qualitatives.

Afin d'identifier les similitudes et les différences interrégionales, la recherche s'articule autour de quatre axes thématiques :

- Dispositifs d'observation et de connaissances,
- Facteurs de risques et déterminants,
- Représentations et facteurs culturels,
- Environnement sanitaire.

Elle s'est déroulée en deux phases distinctes :

Phase 1 : une recherche bibliographique et une veille afin de présenter le contexte sociodémographique, les données épidémiologiques, culturelles, sanitaires et les dispositifs d'observation disponibles dans chaque région. Une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise concernant les quatre axes de l'étude a également été réalisée.

Phase 2 : une enquête qualitative par entretiens individuels et *focus group* auprès d'une diversité d'acteurs intervenant dans différents domaines d'action présents sur chaque territoire. Les informations recueillies ont été synthétisées selon chaque axe thématique et font l'objet d'une analyse croisée entre les cinq territoires.

1. CHIFFRES CLÉS

A. Hospitalisations liées à une tentative de suicide à Mayotte

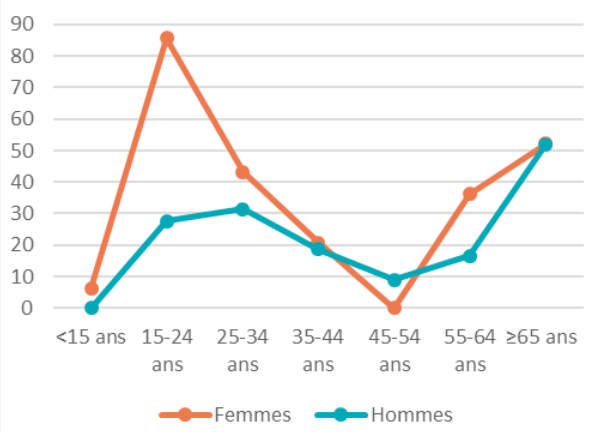
Près de 16 séjours en lien avec une tentative de suicide (TS) enregistrés en moyenne par an sur la période 2018-2021

Sur la période 2018-2021, 62 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés à Mayotte chez les personnes âgées de 10 ans et plus et résidant dans la région, soit en moyenne 16 hospitalisations par an.

Chez les 15-24 ans, les femmes sont 4 fois plus souvent concernées que les hommes

De manière générale, les hospitalisations pour tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes (71 %) que chez les hommes (29 %). Cependant, une différence est observée selon la classe d'âge. Chez les 15-24 ans, 50 % des hospitalisés sont des jeunes femmes. À l'inverse on observe chez les 25-34 ans et les seniors de 65 ans et plus, que les séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide sont plus fréquents chez les hommes.

FIGURE 1. RÉPARTITION DES SÉJOURS HOSPITALIERS POUR UNE TS SELON LA CLASSE D'ÂGE ET LE SEXE. DONNÉES 2018-2021



Source : PMSI MCO, ATIH

Taux de recours à une hospitalisation plus important chez les femmes

À Mayotte, rapporté à la population du territoire, le taux spécifique d'hospitalisation pour une TS est de 21,5 pour 100 000 habitants en 2021. Ce taux est plus important chez les femmes (29,1 pour 100 000 habitants) que chez les hommes (13,1 pour 100 000 habitants).

Ce taux est plus important chez les 15-24 ans (59,0 pour 100 000 habitants) et chez les plus âgés 65 ans et plus (52,0 pour 100 000 habitants).

L'auto-intoxication médicamenteuse, principal mode de tentative de suicide, aussi bien chez les femmes et les hommes.

La majorité des TS enregistrées sur la période 2018-2021 concerne des auto-intoxications médicamenteuses (77 % des séjours chez les femmes et 50 % chez les hommes). Les auto-intoxications non médicamenteuses sont notifiées dans 6 % des hospitalisations (11 % chez les hommes et 5 % chez les femmes.) Pour les lésions auto-infligées, les TS par utilisation d'objet tranchant ou contondant représentent le principal mode opératoire (33 % des séjours chez les hommes et 7 % de séjours chez les femmes.) Ainsi les trois principaux modes opératoires de tentative de suicide à Mayotte sont : les auto-intoxications médicamenteuses, les auto-intoxications non médicamenteuses et les lésions auto-infligées (objet tranchant ou contondant).

TABLEAU 1. PART DES MODES OPÉRATOIRES DE TS SELON LE SEXE. DONNÉES 2018-2021

Mode opératoire	Total		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Auto-intoxication médicamenteuse	43	69,0	9	50,0	34	77,0
Auto-intoxication non médicamenteuse	<5	6,0	<5	11,0	<5	5,0
Pendaison, strangulation, suffocation	<5	2,0	0	0,0	<5	2,0
Noyade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Armes à feu	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Exposition aux fumées, gaz, flammes	<5	5,0	<5	6,0	<5	5,0
Objet tranchant ou contondant	9	15,0	6	33,0	<5	8,0
Saut dans le vide	<5	4,0	0	0,0	<5	5,0
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autres moyens non précisés	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Source : PMSI MCO, ATIH, INSEE – Exploitation ORS Mayotte

B. Mortalité par suicide

21 décès enregistrés sur la période 2007-2017, soit 1,90 décès par an

Sur la période 2007-2017, 21 décès par suicide ont été répertoriés à Mayotte, soit environ 1,90 décès en moyenne par année.

La mortalité par suicide touche 6 fois plus d'hommes que de femmes

Quelle que soit la période, la part des hommes décédés par suicide reste supérieure à celle des femmes. Sur la période 2007-2017, la mortalité par suicide touche 6 fois plus d'hommes que de femmes (soit 18 décès chez les hommes et 3 chez les femmes).

Majoritairement, des suicides par pendaison

Concernant le mode opératoire, les suicides par pendaison, strangulation et suffocation sont les seuls modes opératoires à Mayotte. Et, ce que soit le sexe la pendaison reste le principal mode opératoire le plus enregistré sur la période 2007-2017.

Des taux de mortalité par suicide standardisés plus élevés en France hexagonale qu'à Mayotte

Compte-tenu des effectifs trop faible, le taux de mortalité standardisé par suicide à Mayotte ne peut être analysé.

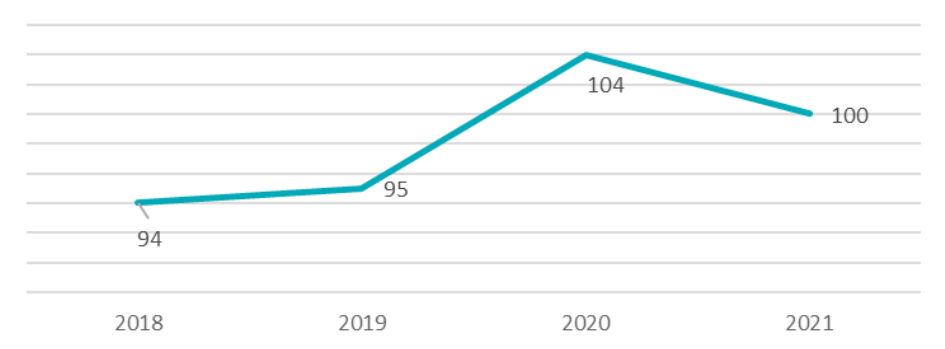
C. Passage aux urgences

En 2021, 45 579 passages aux urgences à Mayotte ont été enregistrés par le réseau Oscour®. Une augmentation des passages aux urgences (+11 %) entre mai 2019 et mai 2021 est observée. Le nombre de passages aux urgences toutes causes confondues est stable en 2021. Parmi les passages aux urgences en 2021, 100 concernaient la prise en charge d'un patient à la suite d'un geste suicidaire, soit 0,22 % des passages aux urgences.

Le nombre mensuel de passages aux urgences pour gestes suicidaires est relativement faible (une dizaine de passages sur deux mois en moyenne). En 2021, 100 passages pour gestes suicidaires ont été rapportés contre 104 en 2020 et 98,25 en moyenne pour les années 2018 à 2021.

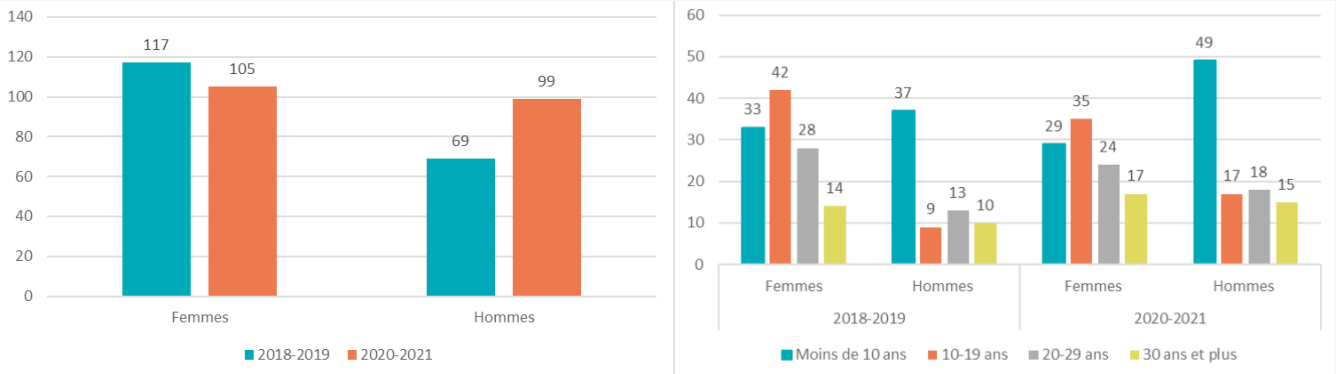
Le nombre de passages aux urgences pour gestes suicidaires sont plus fréquents chez les femmes 222 passages contre 171 chez les hommes sur la période de 2018-2021. Les passages aux urgences pour gestes suicidaires chez les moins de 10 ans sont plus fréquent soit 148 passages (38 %). Suivi par la classe d'âges des 10-19 ans (103 passages soit 26% puis les 20-29 ans (83 passages soit 21 %).

FIGURE 2. NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTES SUICIDAIRES ENTRE 2018 ET 2021



Source : Santé publique France_CIRE Mayotte_Données réseau OSCOUR

FIGURE 3. NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTES SUICIDAIRES SELON LE SEXE ET LA TRANCHE D'ÂGE ENTRE 2018-2021



Source : Santé publique France. Données réseau OSCOUR – Exploitation ORS Mayotte

2. LES ENTRETIENS

AXE 1 : Dispositifs et moyens d'observation

A. Les sources d'informations et dispositifs existants

En termes de sources de données disponibles, fiables et exploitables à Mayotte, les professionnels utilisent et exploitent le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les données du réseau Oscour® pour obtenir des données sur le suicide et les conduites suicidaires. En revanche ces données ne permettent pas d'obtenir une vision exhaustive du phénomène. Les effectifs étant trop faibles, l'interprétation des données est souvent effectuée avec prudence. La sous-déclaration est une réalité sur le territoire, les professionnels ont évoqué une sous-estimation des chiffres en raison de plusieurs facteurs (situations administratives irrégulières, des revenus trop faibles…).

B. Un manque de visibilité sur les sources d'informations

Concernant les sources d'informations, les professionnels ont souligné un manque de connaissance des sources de données existantes sur les conduites suicidaires. Pour les tentatives de suicide, les données observées à partir de la base de données Oscour® sont partielles. En effet, les effectifs sont faibles et l'interprétation des données ne permet pas d'avoir une vision complète. Les professionnels ont également évoqué les codages liés aux données des conduites suicidaires dans le PMSI et la base Oscour®. Les tentatives de suicide ou les suicides ne sont pas toujours correctement codés. De plus, la sous-déclaration liée aux tentatives des suicide contribue également à ce manque de données.

C. Quelques acteurs mobilisés

Une défaillance d'infrastructures sanitaires et médico-sociales est observée à Mayotte pour la prise en charge du suicide et des conduites suicidaires. Les professionnels ont connaissance de quelques acteurs mobilisés sur le champ de la santé mentale et du suicide tels que : principalement le centre médico-psychologique, les structures associatives comme Mlézi Maoré avec la maison des adolescents, le groupe d'entraide mutuelle.

D. Les sources d'informations concernant la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires

À Mayotte, très peu de sources de données existent sur l'aspect préventif. Les professionnels ont beaucoup insisté sur le fait qu'il y ait peu ou pas de dispositifs de prévention sur les conduites suicidaires, ou des dispositifs existent mais ne sont connus ni par les professionnels, ni par la population.

Quelques professionnels et/ou acteurs sont mobilisés sur le territoire et agissent sur l'aspect préventif et la prise en charge des conduites suicidaires : des psychologues interviennent en milieu scolaire, des associations interviennent auprès des migrants et auprès des familles qui subissent des violences intrafamiliales mais sont très peu et/ou pas assez connues du public.

E. Identification des besoins

Afin d'améliorer et de générer des données de qualité sur la thématique, les professionnels proposent de :

- Familiariser et former les professionnels sur le codage.
- Mettre en place un système d'interprètes pour les familles et les professionnels.
- Améliorer les connaissances sur le réseau d'acteurs, les associations intervenant sur les suicides et les conduites suicidaires afin de mieux orienter les personnes.
- Développer un dispositif sur le territoire tel que VigilanS.

AXE 2 : Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants

A. Les jeunes et les femmes les plus concernés

La population la plus concernée et exposée aux phénomènes des conduites et/ou idées suicidaires, des passages à l'acte sont les jeunes (majoritairement les 13-25 ans). Les femmes sont les plus sujettes aux conduites suicidaires. Les personnes victimes de violences, d'agressions sexuelles ont été également identifiées par les professionnels comme étant un public vulnérable. Les migrants sont considérés également comme des personnes à risque. Cette population, avec des personnes qui généralement ont subi des traumatismes dans leurs pays (guerres, violences…), arrive à Mayotte dans l'espoir de s'insérer et se trouve dans une précarité extrême. Certaines personnes sont également exposées aux risques de conduites suicidaires en raison de leurs conditions de travail, de leur vie personnelle mais également de leur environnement.

B. Des facteurs identifiés sur le territoire

Parmi les facteurs de risque évoqués par les professionnels figurent les troubles du champ de la santé mentale. À Mayotte, le nombre de personnes présentant des souffrances psychologiques est de plus en plus important sans distinction d'âge. Chez les jeunes, l'isolement scolaire a été abordé ici comme un facteur de risque, notamment chez les enfants qui ne savent ni lire, ni écrire et qui se sentent exclus de l'environnement scolaire. Souvent, la situation peut être mal vécue par ces derniers et peut conduire à des idées ou conduites suicidaires. Les facteurs individuels et familiaux sont également abordés par les professionnels. La relation intrafamiliale est un facteur qui peut aussi conduire à un comportement à risque suicidaire. Beaucoup de témoignages ont mis l'accent sur le fait que les conflits familiaux, les disputes, la désolidarisation familiale peuvent entrainer les conduites suicidaires ou le passage à l'acte. Les phénomènes de violences et d'agressions sexuelles sont très fréquents à Mayotte, beaucoup plus chez les jeunes filles et les femmes. Ce genre de traumatisme peut avoir un impact sur le passage à l'acte (suicide ou tentative de suicide). Concernant les addictions ou la consommation des substances psychoactives, la mise en relation avec les conduites suicidaires ou le suicide est quasi inexistante. Le lien entre la pandémie Covid-19 et le risque suicidaire n'a pas été totalement traité, en raison d'une absence de données et d'informations sur le sujet. Globalement, on est plutôt sur un constat général qui est également observé au niveau national : le confinement a eu un impact sur la vie quotidienne des personnes (isolement, état dépressif, violences chez certains…). Chez les étudiants une recrudescence d'états dépressifs et d'anxiété a été observée, selon les professionnels.

C. Mode opératoire

Le mode de tentative de suicide le plus fréquemment rapporté par les personnes interrogées était l'intoxication médicamenteuse particulièrement chez les filles avec des intoxications par ingestion de paracétamol. Les professionnels rapportent d'autres modes de tentative de suicide fréquents tels que :

- Les scarifications chez les filles.
- Les intoxications par des produits ménagers (gel douche, eau de javel…).
- Les mutilations, phlébotomie…
- La pendaison, beaucoup plus observée chez les hommes.
- L'immolation.

AXE 3 : Représentations et facteurs culturels

A. La réaction des familles face aux suicides et aux tentatives de suicides

Globalement, ce qui ressort des professionnels interrogés, est que les familles sont souvent dans l'incompréhension. Elles ne comprennent pas l'acte et beaucoup de questionnements surviennent. Dans la majorité des cas, l'inquiétude de la famille est partagée entre l'acte et le regard des autres. Lorsque le suicide est dévoilé tel qu'il est, les familles sont souvent préoccupées par les répercussions sociales, notamment par ce que les autres pourraient penser ou dire. Un sentiment de honte peut s'installer face à l'acte qui est déjà interdit culturellement et religieusement et surtout face à la réputation de la famille. Le suicide ou la TS sont très mal-vus dans les villages. Parfois, la personne ayant tenté de se suicider ou sa famille est stigmatisée. Les convictions religieuses et culturelles peuvent influencer sur la manière de soutenir une famille lorsqu'il y a un suicide dans le village. Très peu de familles demandent un accompagnement et/ou aide. Souvent ce sont les professionnels qui proposent un accompagnement psychologique. Certaines familles privilégient les invocations, des prières et/ou ont recours aux cadis[1].

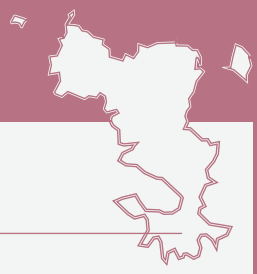
B. Représentation et tabou liés à la santé mentale

Comme partout ailleurs, la représentation de la santé mentale et/ou du suicide est très stigmatisée. La santé mentale est souvent associée à la folie. Une dimension culturelle très prégnante, les représentations de la santé mentale ou du suicide se reposent sur des causes dites surnaturelles : comme la possession par un esprit qu'on appellera ici les djins, la sorcellerie ou le mauvais œil. Les djins sont des esprits qui s'approprient le corps et l'esprit d'un humain et ils peuvent être bons ou mauvais. À Mayotte, dès lors qu'une personne souffre de troubles mentaux, une association avec les djins est souvent faite. Les problèmes liés à la psychiatrie existent à Mayotte mais dans une autre étiologie. Les conduites suicidaires et le suicide n'existent pas dans la société mahoraise. Les croyances sur les suicides et/ou des conduites suicidaires sont inconcevables : le suicide est interdit par la religion alors parler suicide encore moins. Éthiquement et religieusement il n'est pas possible de penser « suicide ». Les professionnels ont mis en évidence que la religion reste un facteur protecteur sur les passages à l'acte.

C. Une médecine traditionnelle très présente

La médecine traditionnelle est réputée pour guérir de nombreux maux à Mayotte. Bien que la médecine occidentale soit très présente (avec peu de professionnels en santé mentale), les patients consultent parallèlement autant la médecine traditionnelle que la médecine occidentale, toutes pathologies confondues. Nombre de professionnels ont mis en évidence la pratique et le recours à la médecine traditionnelle qui est beaucoup portée et ancrée dans la société mahoraise. Ici, on parlera notamment de fundi. Le fundi est le tradipraticien qui est très présent et est consulté pour tout évènement important de la vie (mariage, maladie, problèmes familiaux…). Le rôle du fundi est de prodiguer des conseils, aider dans les prières ou encore donner des remèdes pour soigner une maladie. Il y a également des consultations chez les marabouts ou fundi wa madjini (docteur des djins), certains mahorais croient en l'existence d'esprits (djins). Le recours aux fundis wa madjini est très fréquent à Mayotte surtout lorsqu'une personne souffre de troubles mentaux ou somatiques. Ce recours s'expliquerait surtout par un aspect culturel et à la croyance de la population mahoraise. La démarche d'aller vers quelque chose qu'ils connaissent et maîtrisent est plus rassurant.

1 Représentant religieux



AXE 4 : Environnement sanitaire

A. Une absence de dispositifs de prévention

Les professionnels ont déclaré qu'il y a une méconnaissance des dispositifs de prévention sur le suicide et les conduites suicidaires sur le territoire. Ils soulignent également que l'acteur principal de la santé mentale ou plutôt le dispositif connu par le public pour des missions d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge est le centre médico-psychologique. Les professionnels s'accordent à dire que la prévention sur le suicide et les conduites suicidaires à Mayotte est quasi inexistante. Ils considèrent aussi qu'il n'y a pas assez de dispositifs pour accompagner les personnes en souffrance psychique. Afin de mieux comprendre les phénomènes du suicide sur le territoire, les professionnels ont insisté sur le fait de développer et d'adapter les dispositifs de prévention à Mayotte mais aussi de renforcer le travail collaboratif entre les systèmes de soins et les tradipraticiens. La prévention doit être portée par tous, que ce soit par les institutions ou même les instances culturelles. Les campagnes de prévention sur les conduites suicidaires doivent prendre en compte toute cette sphère culturelle et religieuse. Au vu des spécificités du territoire, reproduire les mêmes campagnes de prévention qui se font dans l'Hexagone n'apportera pas les résultats escomptés.

B. Une offre de soins insuffisante

Au niveau des professionnels de santé à Mayotte, les professionnels ont constaté qu'il y a un *turn over* important. Beaucoup de professionnels arrivent sur le territoire et repartent rapidement. Il faut renforcer les professionnels de santé sur la durée. De plus, les professionnels soulignent également qu'il y a un manque de visibilité et d'interaction des acteurs intervenant sur le suicide et les professionnels de la santé mentale. Le constat est partagé par tous les professionnels : une insuffisance de l'offre de soin globale sur le territoire. Au 1er janvier 2023, l'effectif des médecins généralistes libéraux est très faible : 47 médecins généralistes libéraux et 36 spécialistes pour 100 000 habitants à Mayotte. L'offre de soin est très peu développée sur l'île par rapport aux autres régions d'Outre-mer. Également, la présence des professionnels spécialistes du champ de la santé mentale est très insuffisante dans le département : 23 psychologues libéraux pour 100 000 habitants (cinq fois inférieure à la moyenne hexagonale) et 2 médecins psychiatres pour 100 000 habitants. Cette densité de psychologues est également moindre par rapport aux autres régions d'Outre-mer. Concernant le taux d'équipement du service de psychiatrie, on comptabilise 10 lits d'hospitalisation en 2023 pour toute la population de Mayotte ; ce taux est inférieur par rapport aux autres régions des DOM. Ce déficit d'équipement (lits et places) peut expliquer le non-recours aux soins en psychiatrie et la sous-évaluation des personnes présentant des troubles psychiques.

Afin d'améliorer le système sanitaire les professionnels proposent plusieurs recommandations :

- Améliorer l'offre et l'accès aux soins.
- Améliorer et adapter les politiques de prévention sur le suicide et les conduites suicidaires.
- Développer des dispositifs interculturels.
- Former les professionnels sur les conduites suicidaires et le suicide.
- Mettre en place un centre d'accueil de crise.

Zoom sur les populations vulnérables

Les jeunes

Le phénomène de conduites suicidaires est très fréquent chez les adolescents. Malgré les données sous-évaluées, les professionnels ont beaucoup mis l'accent sur ce public. Des adolescents en extrême souffrance psychique, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide très présentes et des conduites suicidaires plus fréquentes. On constate que les jeunes filles sont les plus exposées aux tentatives de suicides que les garçons. Le mal être et les troubles psychiques chez les jeunes sont quasiment inaperçus ou invisibles pour les familles.

Les professionnels rapportent également que les jeunes ayant des conduites suicidaires présentent des troubles psychiques dus à un traumatisme vécu (maltraitance, carence affective, inceste, agressions sexuelles...) mais aussi un antécédent familial sur les tentatives de suicide. L'accès aux moyens létaux comme l'auto-intoxication médicamenteuse chez les jeunes femmes (consommation abusive de doliprane, produits ménagers…) peut favoriser le passage à l'acte.

Afin d'améliorer la prise en charge des jeunes, les professionnels ont proposé de développer des structures d'accueil ambulatoire dédiées aux jeunes et notamment la mise à disposition des professionnels de santé mentale dans les établissements scolaires.

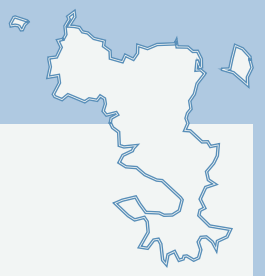
Les personnes victimes de violences et/ou d'agressions sexuelles

Les personnes victimes de viol ou d'agressions sexuelles, principalement les femmes, sont exposées aux conduites suicidaires. Les tentatives de suicide peuvent être sous-évaluées pour plusieurs causes, lorsqu'il s'agit d'un viol commis par un membre de la famille les victimes n'osent pas le verbaliser par peur et sous la pression familiale. Les conséquences de tels traumatismes peuvent être : troubles internalisés de types automutilations, tentatives de suicide médicamenteuses, anorexie mentale.

La population migrante

Les professionnels ont repéré des conduites suicidaires chez les migrants issus de l'Afrique de l'Est, une population à risque surreprésentée. Les tentatives de suicides et les suicides sont sous-estimés ou mal identifiés chez les migrants en raison de leurs situation administrative. Cette population présente souvent des traumatismes psychologiques (guerre, violences, viols…). Les femmes subissent beaucoup de violences physiques et/ou sexuelles pendant le trajet jusqu'à Mayotte.

Une des recommandations qui a été proposée par les professionnels afin d'améliorer la prise en charge de cette population est de mettre en place un système d'interprétariat pour faciliter la prise en charge pour les personnes qui ne parlent pas la langue française.



RÉFÉRENCES SUR LA THÉMATIQUE DU SUICIDE

Floury E, Mekkaoui J, Merceron S, Thibault P. **À Mayotte, des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents qu'en métropole. Enquête Santé DOM en 2019** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). INSEE Analyse n°31, Février 2022. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/6205093 (consulté le 10/05/2023)

Leduc A, Deroyon T, Rochereau T, Renaud A. **Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 [en ligne]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les dossiers de la DREES n° 7.** Avril 2021. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/premiers-resultats-de-lenquete-sante-europeenne-ehis-2019-metrople-guadeloupe-martinique-guyane-la-r%C3%A9union-mayotte (consulté le 24/10/2022)

Thibault P, Merceron S, Balicchi J. **Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer. Enquête Santé DOM en 2019** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). INSEE Analyses Mayotte n°29, 2021, pp.1-4. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/5409598 (consulté le 23/09/2021)

S. Merceron. **Les inégalités de niveau de vie se sont creusées Revenus et pauvreté à Mayotte en 2018** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). INSEE Analyse n°25, Juillet 2020. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622454 (consulté le 29/05/2023)

Thibault P. **Beaucoup de familles nombreuses Familles avec enfant(s) mineur(s) à Mayotte en 2017** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). INSEE Flash Mayotte n°100, Janvier 2020. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/4276994 (consulté le 12/06/2023)

Chaussy C, Merceron S, Genay V. **À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). INSEE Première n°1737, Février 2019. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3713016?sommaire=4199393 (consulté le 29/05/2023)

Genay V, Merceron S. **256 500 habitants à Mayotte en 2017 : la population augmente plus rapidement qu'avant** [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Insee Analyses n°15, Décembre 2017. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3284395?sommaire=4199393 (consulté le 29/05/2023)

Harmant V. **Quête identitaire et troubles de la filiation : Réflexion sur un cas de possession par les djinns à Mayotte** [en ligne]. L'Autre, vol. 14, no. 1, 2013, pp. 54-62. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-l-autre-2006-2-page-267.htm (consulté le 25/01/2023)

Charbonnier C, Massoubre C, Szekely D, Airault R. **Psychopathologies rencontrées sur l'île de Mayotte entre 1998 et 2004** [en ligne]. L'Encéphale n°2, volume 34, 2008, pp.123-31. Disponible sur : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18597719/ (consulté le 26/09/2022)

Enjolras, F. **La « folie » à Mayotte : initiation d'un psychiatre au-delà des mers** [en ligne]. L'Autre, vol. 7, no. 2, 2006, pp. 267-282. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-l-autre-2006-2-page-267.htm (consulté le 25/01/2023)

REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé de Mayotte remercie l'ensemble des professionnels pour leur participation aux entretiens et au *focus group*, ainsi que tous les acteurs qui contribuent à la prévention du suicide sur le territoire.

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

62 boulevard Garibaldi
75015 Paris

www.fnors.org / info@fnors.org

Observatoire Régional de la Santé de Mayotte

608 route de Vahibé - Dépt. 03
97605 Mamoudzou

www.ors-mayotte.org /
contact@ors-mayotte.org

Observatoire National du Suicide

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide /
drees-ons@sante.gouv.fr

© crédit photos : Flaticon / Graphiste : **yut1655**

AVRIL 2024