

# REGARDS CROISÉS SUR LE SUICIDE ET LES CONDUITES SUICIDAIRES



## Le suicide en MARTINIQUE

Natacha NELLER<sup>1</sup>, Sylvie MERLE<sup>1</sup>, Myriam THIROT<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Observatoire Régional de la Santé de la Martinique, <sup>2</sup> Sociologue, KaFé

### 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) que sont la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion, ont proposé la réalisation d'un diagnostic interrégional pluri-thématique pour identifier les particularités des conduites suicidaires dans ces territoires. Les DROM sont caractérisés par des particularités géographiques, culturelles, socio-économiques, sanitaires et historiques, qui se traduisent par une grande hétérogénéité entre chaque territoire. Les

observations sur les conduites suicidaires dans les DROM diffèrent de celles observées dans l'Hexagone, ce qui soulève plusieurs interrogations. Contrairement à la France hexagonale, la mortalité par suicide et les tentatives de suicide semblent moins fréquentes dans les DROM.

Ces résultats soulèvent plusieurs questions, notamment sur la sous-déclaration du suicide et des tentatives de suicide (TS), ainsi que sur le poids des représentations culturelles. Pour mieux comprendre et interpréter ces résultats, un état des lieux interrégional sur les conduites suicidaires est nécessaire. Cette fiche présente une synthèse des données quantitatives recensées (nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide, passages aux urgences et décès par suicide), ainsi qu'une revue bibliographique et de presse sur les études spécifiques des conduites suicidaires à La Réunion. Pour mieux interpréter les données quantitatives, plusieurs entretiens semi-directifs et deux groupes de discussion ont été réalisés avec des professionnels de terrain tels que des sociologues, psychiatres, psychologues, médecins, personnels des services de prévention, de l'éducation nationale et d'associations intervenant auprès des personnes concernées et de leurs familles. Cette fiche présente également les principaux éléments de cette approche qualitative de la thématique.



## 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 risque 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 dans le rapport final de l'étude.

**Déroulement des entretiens** : Pour la Martinique, 8 entretiens et 1 *focus group* ont pu être réalisés par le personnel d'études de l'OSM et une sociologue et une anthropologue.



# 1. CHIFFRES CLÉS

## A. Hospitalisations liées à une tentative de suicide en Martinique

**Près de 280 séjours en lien avec une tentative de suicide enregistrés en Martinique en moyenne par an sur la période 2018-2021**

Sur la période 2018-2021, 1 116 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en Martinique chez des personnes âgées de 10 ans et plus et résidant dans la région, soit en moyenne 279 hospitalisations par an.

**Chez les moins de 15 ans, les filles sont 3 fois plus souvent concernées que les garçons**

Les tentatives de suicide sont, en moyenne annuelle, plus fréquentes chez les hommes (59 %) que chez les femmes (41 %) au cours de la période 2018-2021. Cette répartition est différente selon les classes d'âge. Chez les moins de 15 ans, 75 % des jeunes hospitalisés sont des filles. À l'inverse, chez les patients plus âgés (55 ans et plus), les séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide sont plus fréquents chez les hommes.

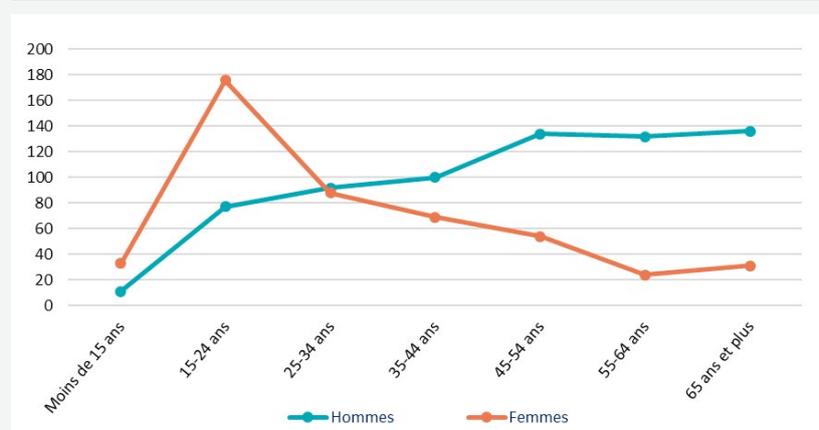
**Taux de recours à une hospitalisation pour tentative de suicide plus important chez les jeunes adultes**

En Martinique, rapporté à la population du territoire, le taux spécifique d'hospitalisation annuel pour une TS est de 77 pour 100 000 habitants en au cours de la période 2018-2021. Ce taux est plus important chez les hommes (98 pour 100 000 hommes) que chez les femmes (58 pour 100 000 femmes).

Le taux spécifique de recours à l'hospitalisation pour une TS est plus important chez les jeunes de 15-24 ans (125 pour 100 000 habitants) et les jeunes adultes de 25-34 ans (89 pour 100 000 habitants).

Chez les individus les plus âgés (65 ans et plus), le taux est de 76 pour 100 000 et est quatre fois plus élevé chez les hommes (136 pour 100 000) que chez les femmes (31 pour 100 000). (Figure 1).

**FIGURE 1. TAUX ANNUEL DE RECOURS À L'HOSPITALISATION POUR UNE TS SELON LA CLASSE D'ÂGE ET LE SEXE AU COURS DE LA PÉRIODE 2018-2021 EN MARTINIQUE**



Source : Source : PMSI MCO, ATIH, INSEE – Exploitation ORSaG – OSM

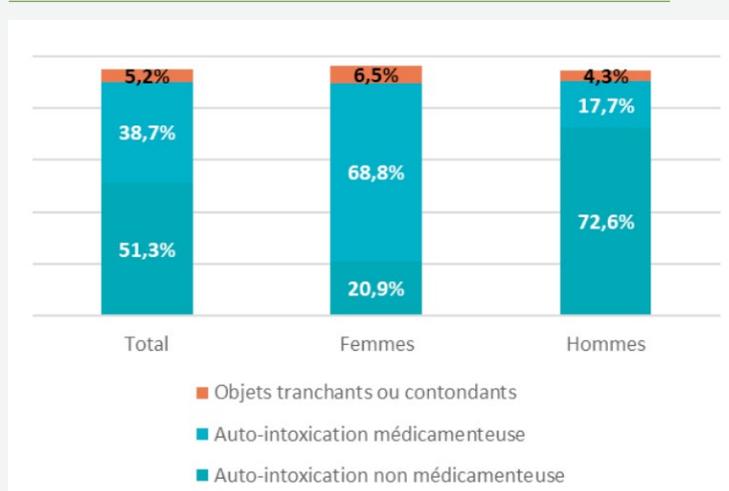


## L'auto-intoxication non médicamenteuse, principal mode opératoire chez les personnes hospitalisées pour tentative de suicide en Martinique, mais avec des différences selon le sexe et l'âge

Globalement plus de la moitié des TS enregistrées en Martinique sur la période 2018-2021 (51 %) concerne des actes d'auto-intoxications non médicamenteuses (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques) mais avec des différences selon le sexe. Chez les hommes ce mode opératoire prédomine très largement (73 % des séjours masculins) alors que chez les femmes, ce sont les auto-intoxications médicamenteuses qui représentent le mode opératoire de plus des deux tiers des hospitalisations (69 % des séjours féminins).

Les modes de passages à l'acte diffèrent aussi selon l'âge. Ainsi les plus jeunes sont majoritairement concernés par les auto-intoxications médicamenteuses alors que pour les 45 ans et plus, il s'agit des auto-intoxications non médicamenteuses.

FIGURE 2. PART DES HOSPITALISATIONS SELON LES TROIS PRINCIPAUX MODES OPÉRATOIRES DE TS AU COURS DE LA PÉRIODE 2018-2021 EN MARTINIQUE



Source : PMSI MCO, ATIH, INSEE - Exploitation ORSaG-OSM

TABLEAU 1. RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS POUR TS SELON LE MODE OPÉRATOIRE (MOYENNE ANNUELLE 2018-2021)

Mode opératoire	Ensemble		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Auto-intoxication médicamenteuse	108	38,7	29	17,7	79	68,8
Auto-intoxication non médicamenteuse	143	51,3	119	72,6	24	20,9
Phlébotomie	15	5,2	7	4,3	8	6,5
Pendaison, strangulation, suffocation	6	2,1	5	2,9	<5	0,9
Saut dans le vide	5	1,7	<5	1,7	<5	1,7
Lésion par fumée, gaz, flammes	<5	0,1	0	0,0	<5	0,2
Armes à feu	<5	0,2	<5	0,3	0	0,0
Noyade	<5	0,4	<5	0,3	<5	0,4
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autres moyens non précisés	<5	0,4	<5	0,3	<5	0,4

Source : PMSI MCO, ATIH, INSEE - Exploitation ORSaG-OSM

## B. Mortalité par suicide en Martinique

### 72 décès par suicide enregistrés sur la période 2015-2017, soit 24 par an

Sur la période 2015-2017, 72 décès par suicide ont été répertoriés en Martinique, soit 24 en moyenne par année. Sur une période de 10 ans, bien que fluctuant, on observe une tendance à la baisse du nombre annuel de décès par suicide en Martinique, passant de 48 décès en 2008 à 26 décès en 2017.



### La mortalité par suicide touche 5 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 2015-2017, on observe que la mortalité par suicide touche 5 fois plus d'hommes que de femmes. Ainsi, parmi les 72 décès par suicide, on dénombre 60 décès chez les hommes et 12 chez les femmes.

Relativement à l'âge, les décès par suicide concernent principalement les personnes de 25-54 ans (56,9 %) et de 55-64 ans (19,4 %).

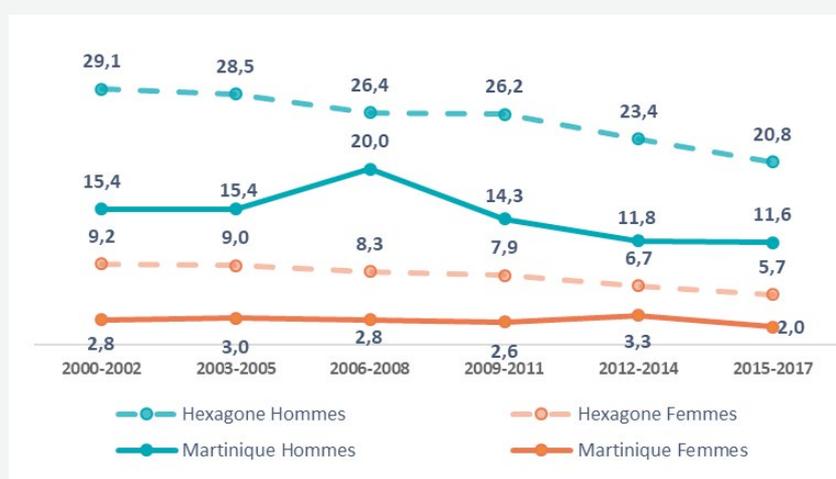
La classe d'âge des 65 ans et plus représente 16,7 % des personnes décédées. Ainsi 8 décès par suicide sur 10 ont lieu avant 65 ans.

### Des taux de mortalité par suicide, standardisés sur l'âge, plus élevés en France hexagonale qu'en Martinique

Le taux de mortalité moyen annuel, standardisé sur l'âge, tous sexes confondus, a diminué en Martinique. Il est passé de 10,1 pour 100 000 habitants en 2000-2002 à 6,6 pour 100 000 hab. sur la période 2015-2017. Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité moyen annuel est passé de 18,4 pour 100 000 en 2000-2002 à 11,6 pour 100 000 hommes en 2015-2017. Chez les femmes, la baisse est moins marquée, avec un taux de mortalité standardisé annuel qui est passé de 2,8 pour 100 000 en 2000-2002 à 2,0 pour 100 000 femmes en 2015-2017.

En France hexagonale, on observe également une diminution du taux standardisé de mortalité par suicide. Le taux annuel moyen, tous sexes confondus, est passé de 18,3 à 13,1 pour 100 000 hab. entre respectivement les périodes 2000-2002 et 2015-2017. De plus, le taux est passé de 29,4 à 21,9 pour 100 000 chez les hommes et de 9,3 à 5,9 pour 100 000 chez les femmes entre les deux périodes (Figure 3).

FIGURE 3. ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE STANDARDISÉ (POUR 100 000 HAB.) SELON LE SEXE (MOYENNE ANNUELLE SUR UNE PÉRIODE DE 3 ANS) EN MARTINIQUE ET EN FRANCE HEXAGONALE. DONNÉES 2000-2017



Source : CepiDC - Inserm / Taux moyen annuel de mortalité, standardisé par âge pour 100 000 hab. (moyenne annuelle sur 3 ans) - Exploitation OSM

## C. Passage aux urgences

Alors que les autres DROM bénéficient du dispositif OSCOUR®, la Martinique ne dispose pas des données relatives aux passages aux urgences. Un logiciel a été mis en place aux urgences du CHU de Martinique mais de façon encore trop récente pour que les données puissent être analysées.

## 2. LES ENTRETIENS

### AXE 1 : Dispositifs d'observation et de connaissances : des dispositifs d'observation insuffisants

#### A. Les sources de données

La mise à jour des connaissances est professionnel-dépendante. Les professionnels rencontrés évoquent la formation initiale et continue, les sites recensant des données (tels que ceux de l'Inserm, la Drees, etc.), les conférences régionales à l'occasion de la journée mondiale de prévention du suicide et les revues scientifiques (recherche bibliographique personnelle ou via le représentant local du Groupement d'études et de prévention du suicide - GEPS, association loi 1901 qui a pour vocation de regrouper des professionnels et des intervenants concernés par les problèmes du suicide). Une majorité d'entre eux souligne, toutefois, le manque de données propres au territoire permettant d'objectiver le ressenti des constats des acteurs de terrain.

#### B. La sous-déclaration

La sous-déclaration ne semble pas propre à la Martinique selon certains acteurs. Le biais de codage par le médecin constatant le décès serait le même qu'au niveau national. Le phénomène du suicide serait sous-évalué au point que certains professionnels indiquent qu'il serait historiquement très peu fréquent voire inexistant

au vu des retours de certains acteurs majeurs en Martinique. Ce constat semble en opposition avec le ressenti des professionnels de terrain, notamment chez les jeunes pour lesquels aucun signal d'alerte n'émane du Rectorat alors qu'un sentiment de mal-être généralisé est ressenti et qu'un adressage « régulier » d'élèves des établissements scolaires vers les centres médico-psychologiques (CMP) est fait. De même ceux qui prennent en charge les personnes souffrant de mal-être constatent que ces patients leur rapportent une fréquence élevée des suicides dans leurs familles.

Les professionnels ont également évoqué les idées reçues et les difficultés pouvant favoriser cette sous-déclaration et la minimisation du phénomène ; telles que les démarches administratives et indemnités pouvant être impactées par la déclaration du suicide ou encore le poids de la honte vis-à-vis de la religion ou de la société.

### AXE 2 : Situation épidémiologique, facteurs de risque et déterminants : un contexte épidémiologique multifactoriel défavorables

#### A. Une région confrontée à un contexte social difficile

La Martinique est une région dont le contexte socioéconomique est contrasté, avec un nombre élevé de personnes vivant seules et de familles monoparentales ainsi qu'un taux de chômage assez haut (surtout chez les jeunes et les personnes non diplômées) et un taux de précarité deux fois plus élevé qu'au niveau national.

Les acteurs ont évoqué le poids important de la « misère sociale » et le manque de ressources médicales de proximité (difficultés de transports ou listes d'attente importantes) et de prise en charge sociale notamment en dehors des heures ouvrables.



## B. Des souffrances psychologiques de plus en plus présentes

Les jeunes sont particulièrement concernés par le mal-être et les conduites à risques. Dans la plupart des situations de jeunes en souffrance psychique, les professionnels rapportent l'isolement social des familles et un huis clos familial qui pèse lourd pour certains jeunes. Certains professionnels notent un âge de plus en plus jeune des situations de mal-être et un mélange de comportements à risque créant un cercle vicieux de mal-être et de perte d'estime de soi. La pression scolaire (résultats, harcèlement), les carences et/ou situations traumatisantes familiales, les discriminations et l'incompréhension de l'entourage sous-estimant le mal-être sont des facteurs majeurs pour cette population.

La recherche de soutien des jeunes en difficulté auprès de leurs pairs est également une situation à risque pouvant impacter les jeunes qui fournissent ce soutien.

Par ailleurs, certains professionnels évoquent la facilité d'accès à des moyens létaux pour les jeunes (corde, verre, médicaments d'un parent) ou l'usage nocif du multimédia et des réseaux à la recherche de « manuels comment se suicider ».

## C. Des situations sociales à risque

Certains professionnels s'interrogent sur le lien et la chronologie entre troubles mentaux et consommation de substances psychoactives. Les avis peuvent être différents selon le profil des personnes qui interviennent auprès des jeunes. Ainsi dans une même structure une intervenante se demande si le cannabis n'a pas un rôle d'antidépresseur et permet ainsi de réduire le mal-être et les risques de passage à l'acte. À l'opposé, la psychologue pense que la prise de produits peut entraîner des bouffées délirantes et des passages à l'acte.

De même, l'expérience de faits traumatisants, antécédents familiaux et/ou individuels (violences physiques ou sexuelles), sont des situations sensibles qui nécessiteraient un accompagnement. Les spécialistes soulignent qu'il s'agit surtout de la répétition des événements de vie adverses qui peut conduire à développer une plus grande

fragilité et des conduites à risque. « *Quand on est sur les événements de vie adverses, sur des violences, sur des événements traumatiques, sur les conséquences psychopathologiques, psychologiques de ces événements, on développe des stratégies d'adaptation, qui sont des stratégies d'adaptation sur un mode de survie, c'est-à-dire des stratégies dans lesquelles la confiance n'existe pas, et donc vous imaginez comment c'est épuisant quand vous ne pouvez faire confiance à personne* » [psychiatre].

## D. L'impact de la pandémie de COVID 19

En 2020-2021, le climat anxiogène lié à la pandémie a impacté la population de Martinique (peur de la maladie, conflits face aux vaccins, tensions sociales, etc.). De même, les confinements ont exacerbé les situations de violences intrafamiliales. L'isolement social a aussi touché les jeunes. Certains acteurs ont évoqué leur vulnérabilité face à l'isolement, le burn-out des scolaires résultant de la pandémie, l'usage négatif du multimédia (les réseaux sociaux et la « société du paraître » les renvoyant à leur mal-être ou le harcèlement).

La vulnérabilité des personnes âgées et leur passage à l'acte notable au cours de la pandémie a été évoquée lors d'un entretien. Malheureusement aucun professionnel spécialisé dans la prise en charge de cette population n'a accepté de participer à cette étude pour approfondir ce constat.



## AXE 3 : Représentations et facteurs culturels : des schémas à déconstruire

### A. Un déni sociétal mêlé au poids de la culture antillaise

Les professionnels interrogés ont évoqué la « pudeur de la société antillaise » qui impacte les personnes victimes de violences physiques ou sexuelles et qui taisent leur mal-être. Ils évoquent également le poids de la honte pour les personnes suicidaires, de la peur du jugement pour l'entourage et du déni (acte inconscient plutôt que tabou qui sous-entendrait un acte conscient) sociétal vis-à-vis du phénomène. La petitesse de l'île et l'interconnaissance font que l'on ne souhaite pas que certaines informations sur l'intimité de la famille soient divulguées d'une façon ou d'une autre ou encore que la famille soit identifiée comme « famille où il y a une pathologie » puisqu'un de ses membres est décédé par suicide.

### B. Le magico-religieux, partie prenante dans le parcours des individus

Très souvent le mal-être d'un membre de la famille est relié à « une intervention extérieure », ce qui permet d'éviter de se questionner sur les événements de vie réelle vécus par la personne en souffrance et qui ne remet pas en cause le fonctionnement de la famille.

Plusieurs professionnels évoquent avoir vécu des situations de prise en charge impactées par le magico-religieux. Les conduites suicidaires seraient une réponse à un acte malveillant envers l'individu, soit directement, soit par ricochet sur un enfant, notamment chez les populations immigrées. Pour d'autres, elles seraient la conséquence de l'éloignement de l'individu du dogme religieux de certaines religions.

Pour soigner ce mal-être, le recours aux soins diffère selon les individus et on ne peut pas identifier de « chronologie » fixe. Certains commencent par les remèdes traditionnels puis se tournent vers d'autres alternatives en cas d'échec alors que pour d'autres personnes, le magico-religieux est une alternative lorsqu'elles ont épuisé les ressources sanitaires et académiques. Elles se tournent alors vers le « quimboiseur » ou la religion, laissant « Dieu faire ».

### C. L'héritage colonial et post colonial

Certains professionnels ont évoqué la couleur de peau comme facteur amplificateur du mal-être pour certains jeunes, la peau noire (particulièrement foncée) faisant l'objet de moquerie, railleries, insultes et harcèlement chez certains jeunes.

D'autres soulignent que le poids de l'histoire de la Martinique et son passé colonial viennent s'ajouter au changement des repères familiaux et des repères sociétaux pour impacter les plus fragiles. La répétition d'événements de vie adverses chez des personnes élevées dans des familles confrontées à plusieurs difficultés (sociales, économiques, relationnelles, sanitaires...) peut conduire à développer une plus grande fragilité et des conduites à risque. La façon dont l'histoire est enseignée, parfois aussi « instrumentalisée », dans un sens ou dans un autre, ne permet pas à la population d'être au clair sur cette période. Là-encore, les plus fragiles peuvent être perturbés par les discours discordants.

### D. Le désarroi de l'entourage

Certains professionnels ont évoqué la difficulté de l'entourage à comprendre la question de la santé mentale et des conduites suicidaires pouvant conduire à minimiser / sous-estimer le mal-être et la souffrance des individus. Ils ont également souligné le fait que ces situations de mal-être pourraient faire écho de la souffrance parentale ; le(s) parent(s) serai(en)t incapable(s) de prendre en charge la souffrance de leur enfant, eux-mêmes démunis face à leur propre souffrance.

Dans la plupart des situations de jeunes en souffrance psychique, les professionnels rapportent l'isolement social des familles et un huis clos familial qui pèse lourd pour certains jeunes. C'est parfois l'enfant qui révèle les troubles, par exemple une mère dépressive qui ne se soigne pas ou des événements traumatiques vécus par d'autres membres de la famille non exprimés et non pris en charge.

Par ailleurs, certains professionnels ont évoqué la difficulté pour des parents d'apparaître comme « défaillant » indiquant ne pas comprendre le mal-être de leur enfant alors qu'il « a tout » ou



en mettant en place des alternatives tel que du coaching et d'autres solutions.

Pour d'autres professionnels, certains parents ne se sentent pas légitimes pour accompagner l'enfant dans sa détresse par rapport aux

professionnels et auraient plutôt tendance à se reposer entièrement sur eux.

## AXE 4 : Environnement sanitaire, prise en charge et prévention : une offre de soins à repenser

### A. Une offre de soins à repenser

Les professionnels rencontrés sont partagés sur la question de l'offre de soins existant en Martinique. Certains évoquent le manque de professionnels, des déserts médicaux dans certains territoires et des longues listes d'attente de prise en charge dans les structures ; alors que d'autres considèrent que l'offre est suffisante mais mal ou sous utilisée. Le mode de financement des structures conduit à les mettre en concurrence et à ne pas travailler ensemble. La question serait alors plus celle de la coordination que celle des moyens supplémentaires. En favorisant la coordination des soins, en permettant aux professionnels de travailler ensemble, c'est l'intérêt des personnes en souffrance qui prime et non l'intérêt des structures. En se basant sur une culture où on privilégie la synergie entre les approches éducatives, sanitaires et psychothérapeutiques, on sort de la hiérarchisation de la prise en charge autour du médical. Ce type d'organisation consisterait à intégrer le soin dans une vision ouverte, ce qui n'est pas le cas actuellement.

### B. Nécessité de consolider la formation des acteurs

La formation des acteurs a également été évoquée. Ainsi, la formation des médecins et autres acteurs de ville, autres ceux du champ de la santé mentale, est un enjeu majeur pour certains professionnels. Certains professionnels ont notamment évoqué le manque de confiance des usagers envers les équipes soignantes et une forme d'errance médicale de certains patients.

### C. Une coordination des acteurs à consolider

Certains acteurs ont évoqué une thématique trop « personne-dépendante », des conflits entre structures favorisant le travail en silo plutôt que coordonné ; chaque équipe de la filière ayant un protocole créant un manque de visibilité sur la filière dans son ensemble. D'autres acteurs ont également évoqué la surcharge des missions impactant la coordination, la prise en charge et la fluidité du parcours de soins des patients. « *Par exemple un adolescent suicidaire est reçu par un médecin urgentiste, le protocole est adressé aux urgences du CHUM pour une évaluation de l'équipe de pédopsychiatrie d'urgences mobiles qui ne fera pas le lien avec l'équipe de pédopsychiatrie d'hospitalisation. Cela entraîne un risque que le jeune soit renvoyé chez lui. Ce qui s'est déjà produit* » [CMP]. La désorganisation liée à l'épidémie de Covid 19 de la filière a également été évoquée.

### D. Nécessité d'une prévention plus visible et adaptée au public

Une majorité des acteurs interrogés a indiqué un manque de connaissance et/ ou de visibilité des dispositifs de prévention grand public. Certains déplorent un échange d'informations trop fragmenté et une absence d'adaptation des moyens nationaux au public martiniquais, « *on se dit ça existe en France donc ça va fonctionner. Comme ils ont fait pour le 31 14 ils n'ont pas décliné tout de suite ... donc les gens vont appeler 31 14 sans savoir qu'ils vont tomber à Montpellier* » [Association].





# Zoom sur les populations vulnérables

## Synthèse

Cette étude sur les conduites suicidaires et le suicide montre qu'en Martinique, comme dans d'autres territoires, les hospitalisations pour tentative de suicide concernent plus souvent les jeunes de 15 à 34 ans alors que la mortalité par suicide touche davantage les personnes plus âgées et plus souvent les hommes que les femmes. Entre 2000 et 2017, la baisse de la mortalité par suicide se confirme aussi bien en Martinique qu'au niveau national. La comparaison des taux de mortalité standardisés montre toujours des différences avec l'Hexagone, la mortalité par suicide étant moins fréquente en Martinique selon les certificats de décès.

L'approche qualitative de l'étude met en évidence un mal-être dans certains groupes de population, des situations sociales à risque et un environnement sociétal qui tend à taire la souffrance psychique. Le poids du magico-religieux se retrouve au niveau du diagnostic et pour la prise en charge. Plus globalement, on constate souvent une difficulté de l'entourage à comprendre la question de la santé mentale et des conduites suicidaires pouvant conduire à minimiser / sous-estimer le mal-être et la souffrance des individus. De plus, dans une société marquée par l'interconnaissance, on ne souhaite pas que certaines informations sur l'intimité de la famille soient divulguées et que la famille soit « marquée » par l'existence d'un problème de santé mentale du fait d'un décès par suicide d'un de ses membres.

Les professionnels interrogés ont souligné le besoin de mieux repérer les personnes les plus à risque pour leur proposer une prise en charge de meilleure qualité en fonction des moyens dont dispose le territoire.

## Les populations prioritaires identifiées sont :

- Les jeunes,
- Les personnes âgées,
- Les personnes victimes de violence
- Les victimes collatérales de personnes décédées par suicide ou ayant fait une TS ou victimes de violence,
- Les personnes en situation de vulnérabilité (addictions, chômage, familles monoparentales, très jeunes mères, détenus).

## Et les besoins formulés par les professionnels sont :

- Nécessité de disposer d'outils de surveillance, d'indicateurs et de données propres au territoire
- Nécessité d'évaluer les actions et dispositifs de prévention
- Nécessité d'aller vers un « lyannaj », d'instaurer une dynamique de travail partenarial et de dé-personnifier la filière
- Nécessité de formation des acteurs du secteur libéral
- Intégrer les acteurs de prise en charge de la violence
- Nécessité de lieux d'écoute pour les jeunes
- Intégrer le suivi de la santé mentale dans les autres suivis de santé (carnet de santé, carnet de grossesse)
- Nécessité de préventions spécifiques et adaptées au public (dans les corps de métiers à risque et auprès des jeunes)
- Nécessité d'une prise de position des politiques sur la question.



## RÉFÉRENCES SUR LA THÉMATIQUE DU SUICIDE

### Revue bibliographique :

Ce travail de recherche et recueil des ressources disponibles sur la thématique au niveau national et dans chaque département d'Outre-Mer, s'est articulé autour des quatre axes thématiques définis pour l'étude.

Ce recueil de ressources documentaires est structuré en plusieurs parties :

- Volet national proposant des éléments de cadrage,
- Volets locaux offrant les ressources disponibles au niveau local pour chaque territoire et selon les quatre axes précédemment exposés.

### Pour le volet national :

Les principaux sites consultés pour la recherche sont les suivants :

- Observatoire National du Suicide (ONS) ;
- Ministère des solidarités et de la santé ;
- Santé publique France.

Les recherches ont été complétées par l'exploitation des sites Infosuicide.org et l'archive de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP).

### Pour les volets locaux :

Ce travail s'est basé sur les références des dossiers « Suicides, idées suicidaires et tentatives de suicide » et « Santé mentale » de l'OSM. Elles ont été ensuite mises à jour. Les principaux sites consultés sont les suivants :

- Observatoire National du Suicide (ONS) ;
- Santé publique France ;
- ScienceDirect, PubMed, Google scholar.

### Revue de presse

La revue de presse a permis de présenter les articles de presse offerts par la couverture médiatique des conduites suicidaires au niveau régional dans chacun des cinq DOM, sur une période de cinq ans allant de juin 2018 à juin 2023. Les recherches ont été réalisées sur le web auprès des sites de médias locaux.

Les principaux médias consultés sont les suivants :

- France Antilles Martinique
- Martinique La Première
- RCI Martinique
- Via ATV
- Zay actu
- Bondamanjak

### Travaux réalisés à l'ORS de Martinique et en Martinique :

Observatoire de la santé de la Martinique, **La santé mentale en population générale : image ou réalité**, OSM Flash N° 27 - 2001. 6 p.

**Enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)**

Observatoire de la santé de la Martinique. **La santé mentale en population générale : image et réalité**. OSM flash numéro 27 – octobre 2001. 6 p.

Observatoire de la santé de la Martinique, **La santé des jeunes martiniquais**, OSM Flash N° 29 – 2002

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM) – **Rectorat de la Martinique, Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens de la Martinique : Enquête ETADAM 2003-2004**. OSM Flash n°35 – janvier 2005

Observatoire de la santé de la Martinique, **La santé observée en Martinique**, OSM Flash N° 37-38 – décembre 2005. 16 p.

Observatoire de la santé de la Martinique, **Les suicides en Martinique**, 2005. 7 p.

Slama F, Merle S, Ursulet G, Charles-Nicolas A, Ballon N. **Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among Caribbean people in the French West Indies**. Psychiatry Res. 2011 Dec 30; 190(2-3):271-4. doi: 10.1016/j.psychres.2011.08.007. Epub 2011 Sep 8. PMID: 21906819.

Observatoire de la santé de la Martinique, **Diagnostic en vue de l'élaboration du projet régional de santé**, 2011.

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM), **La santé mentale et le suicide, Santé observé - 2012**. 3 p.

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM) – DJSCS, **Insertion professionnelle des jeunes** Observatoire de la santé de la Martinique (OSM), **Enquête qualité de vie, santé et bien-être des jeunes en Martinique**

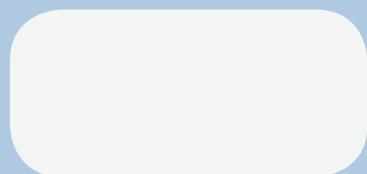
Observatoire de la santé de la Martinique, **Diagnostic en vue de l'élaboration du projet régional de santé 2<sup>ème</sup> génération**, 2015

Santé publique France. **Santé mentale et COVID-19 : conduites suicidaires en Martinique**. Bulletin de santé publique, février 2023. Santé publique France, 2023 : 24 p.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des professionnels pour leur participation aux entretiens individuels ou aux *focus groups*. Nous avons apprécié votre disponibilité, votre motivation, votre implication dans ce projet d'étude.

Nous tenons à remercier également Mme Vanessa LAURENT (Fnors) pour la réalisation de cette maquette.



Fédération nationale des  
observatoires régionaux de la santé

62 boulevard Garibaldi  
75015 Paris

[www.fnors.org](http://www.fnors.org) / [info@fnors.org](mailto:info@fnors.org)

Observatoire Régional de la Santé de  
Martinique

Galerie commerciale de l'Espace Cluny  
97233 Schoelcher

[www.ors-martinique.org](http://www.ors-martinique.org) /  
[ors.martiniq@wanadoo.fr](mailto:ors.martiniq@wanadoo.fr)

Observatoire National du Suicide

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/  
article/observatoire-national-du-suicide](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide) /  
[drees-ons@sante.gouv.fr](mailto:drees-ons@sante.gouv.fr)

**AVRIL 2024**