

ROBERT MAËLLE  
PAGET LOUIS-MARIE  
LÉON CHRISTOPHE  
SITBON AUDREY  
DU ROSCOËT ENGUERRAND  
CHAN CHEE CHRISTINE  
Santé publique France

# Baromètre santé DOM 2014

## Santé mentale

## INTRODUCTION

Les territoires ultramarins sont confrontés à des problématiques de santé spécifiques, notamment liées à leur situation géographique (contexte géopolitique, insularité, éloignement de la métropole), qui s'inscrivent dans des contextes socioculturels, socioéconomiques et sanitaires différents du contexte métropolitain. Une stratégie de santé pour les Outre-mer, publiée conjointement en 2016 par le ministère de la Santé et le ministère des Outre-mer vise à compléter et adapter la stratégie nationale de santé aux spécificités ultramarines. Dans ce contexte, l'amélioration des connaissances relatives à l'état de santé des populations des Outre-mer, ainsi qu'à leurs déterminants, se présente comme un prérequis essentiel pour l'élaboration des politiques régionales de santé dans les départements d'outre-mer (DOM).

En 2014, le Baromètre santé a étendu son échantillon à la Martinique, à la Guadeloupe, à la Guyane et à La Réunion, avec pour objectif de dresser un état des lieux de la santé et des comportements de santé des populations résidant dans les départements d'outre-mer. Ce chapitre s'intéresse aux indicateurs de santé mentale recueillis dans le Baromètre santé DOM 2014. Plus précisément, il présente une analyse des données relatives à la mesure des épisodes dépressifs caractérisés, des conduites suicidaires (pensées suicidaires et tentatives de suicide) et des consommations de soins en lien avec la santé mentale (médicaments psychotropes et psychothérapies). La prévention et la prise en charge des troubles dépressifs et des conduites suicidaires se présentent comme un enjeu majeur de santé publique au regard du fardeau sanitaire, économique et social qu'ils représentent pour la collectivité, d'autant plus qu'il existe des modalités de prévention et de prise en charge réputées efficaces [1].

La dépression est l'un des troubles mentaux les plus fréquents et figure, selon l'OMS, parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du XXI<sup>e</sup> siècle. En 2010, une méta-analyse des données de la littérature internationale présentait le syndrome dépressif comme la deuxième cause d'Années de Vie Corrigées de l'Incapacité (AVCI) [2]. En France métropolitaine, les dernières estimations de 2010 révélaient une prévalence de 7,5 % au cours des douze derniers mois chez les personnes âgées de 15 à 85 ans [3]. Le coût sanitaire de la dépression est de plus aggravé par les nombreuses comorbidités somatiques qui y sont associées et par son impact négatif sur les habitudes de vie (tabagisme, alcoolisme, diminution de l'activité physique, troubles des comportements alimentaires...) [4]. Enfin, les troubles dépressifs sont un déterminant majeur des tentatives de suicide et des décès par suicide [5].

Le suicide serait quant à lui responsable chaque année de 800 000 décès à travers le monde, et environ vingt fois plus d'individus feraient une ou plusieurs tentatives de suicide dans l'année [6]. En France, les suicides représentent la première cause de mortalité évitable chez les 25-34 ans et la deuxième chez les 15-24 ans. Les tentatives de suicide, qui constituent l'un des principaux facteurs de risque de décès ultérieur par suicide [7], sont par ailleurs responsables de près de 100 000 hospitalisations et 200 000 recours aux urgences par an. Selon les données

du Baromètre santé 2010, une personne sur vingt aurait tenté de se suicider au cours de sa vie [8].

Ainsi, les niveaux de prévalences des épisodes dépressifs et des conduites suicidaires, leurs retentissements sur des domaines variés (éducatif, social, culturel, professionnel, et sanitaire), ainsi que les coûts supportés, notamment par l'assurance maladie en ce qui concerne les dépenses de santé, ont contribué à inscrire durablement la santé mentale dans les politiques gouvernementales. Deux plans du ministère de la Santé, le *Plan Psychiatrie et Santé mentale* (PPSM) 2011-2015 et le *Programme national d'actions contre le suicide* (PNACS) 2011-2014 ont été récemment dédiés à cette thématique. En février 2014, la santé mentale a été identifiée comme l'un des cinq domaines prioritaires de la stratégie nationale de santé et le 10 octobre 2016, la ministre des Affaires sociales et de la Santé installait le premier conseil national de la santé mentale.

En France, une partie importante de la surveillance des troubles dépressifs et des conduites suicidaires se fait à travers l'exploitation des bases médico-administratives : OSCOUR® pour les passages aux urgences, le *Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie* (PMSI-MCO) pour les hospitalisations en médecine/chirurgie/obstétrique, le *Recueil d'information médicalisé en psychiatrie* (RIM-P) pour les hospitalisations en psychiatrie et les données du *Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès* (CépiDc) pour les décès par suicide. Cependant, les troubles dépressifs et les conduites suicidaires ne font pas tous l'objet d'une hospitalisation ni d'un recours aux urgences identifiables par les bases médico-administratives et celles-ci ne fournissent que peu de données sur les facteurs associés. Les enquêtes conduites en population générale permettent ainsi de compléter les données issues des bases médico-administratives, d'étudier une large gamme de facteurs associés et d'identifier des segments de population prioritaires pour l'intervention.

Les données issues des enquêtes Baromètres santé de Santé publique France, sont disponibles pour la population résidant en France métropolitaine. Elles permettent de suivre la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide en population générale depuis 2000, ainsi que des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) au cours des douze derniers mois depuis 2005. Dans le cas des DOM, des données sont disponibles sur des segments restreints de la population (auprès des jeunes [9], des personnes séropositives [10], des populations amérindiennes [11]), mais très peu d'études sont disponibles sur des échantillons représentatifs de la population générale. À notre connaissance, la dernière enquête, et sans doute la première, à avoir fourni des données relatives aux épisodes dépressifs et aux conduites suicidaires en population générale (18 ans et plus) dans les DOM était l'enquête *Santé mentale en population générale* (SMPG), conduite entre 2000 et 2001 aux Antilles et à La Réunion.

Ce chapitre pose ainsi des données de cadrage récentes sur la prévalence des épisodes dépressifs, des conduites suicidaires et du recours aux soins en lien avec la santé mentale dans quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion), des

comparaisons systématiques ayant été conduites avec les données métropolitaines. Il permet également de mettre en évidence certains facteurs de risque déjà rapportés comme associés aux épisodes dépressifs ou comportements suicidaires (facteurs socioéconomiques, sociodé-

mographiques, consommations de substances psychoactives) [12]. Des sections distinctes ont été consacrées à chaque indicateur (épisodes dépressifs, comportements suicidaires et recours aux soins), au sein desquelles sont présentées les prévalences et les facteurs associés.

## MÉTHODE

### BAROMÈTRE SANTÉ 2014 DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

Le Baromètre santé 2014 conduit dans les DOM auprès des 15-75 ans est une enquête transversale sur les comportements, connaissances et attitudes en matière de santé. Les données ont été recueillies par sondages aléatoires à deux degrés : les numéros de téléphone ont été dans un premier temps générés aléatoirement, puis l'individu a été sélectionné au hasard au sein des membres éligibles du ménage. L'enquête a été réalisée à l'aide du système de Collecte assistée par téléphone et informatique (CATI). Le terrain, confié à l'institut IPSOS Observer, s'est déroulé du 29 avril au 31 octobre 2014. Une méthode plus détaillée du Baromètre santé DOM est disponible par ailleurs [13].

### MESURES DU COMPORTEMENT SUICIDAIRE, DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ ET DE LA CONSOMMATION DE SOINS POUR RAISON DE SANTÉ MENTALE DANS LE BAROMÈTRE SANTÉ DOM

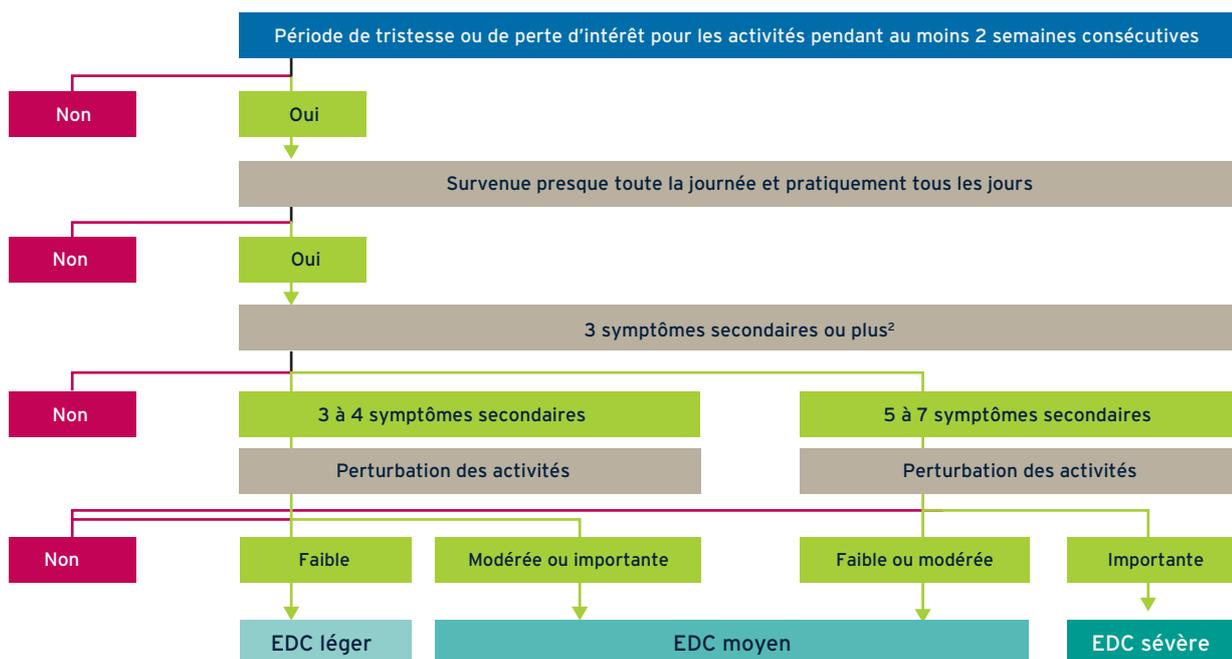
Pour estimer les prévalences des comportements suicidaires, les questions suivantes ont été posées : « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?* »

(pensées suicidaires dans l'année), « *Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?* » (tentatives de suicide au cours de la vie), « *Cette tentative a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois* » (tentatives de suicide dans l'année) ?

Le module relatif aux troubles dépressifs repose sur le questionnaire Composite International Diagnostic Interview – Short Form (Cidi-SF) [14]. L'EDC est défini selon la classification du DSM-IV [15]. Un EDC se caractérise par la présence d'un symptôme principal (tristesse ou perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités) pendant au moins deux semaines consécutives, et ce, pratiquement toute la journée et presque chaque jour, accompagné d'au moins trois symptômes secondaires, avec un retentissement sur les activités habituelles. Les épisodes dépressifs sont caractérisés de légers, moyens ou sévères, en fonction du nombre de symptômes décrits et de leur retentissement sur les activités habituelles [encadré 1].

Au sein du module sur l'évaluation de l'épisode dépressif caractérisé, un volet «recours aux soins» a spécifiquement été posé. Il a ainsi été demandé aux individus déclarant une période de tristesse ou de perte d'intérêt pendant au moins deux semaines consécutives : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé les services d'un hôpital, d'une association, d'un centre, d'une ligne téléphonique, d'un site*

**ENCADRÉ 1** Algorithme du diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé (questionnaire Cidi-SF)



1. Composite International Diagnostic Interview - Short Form [14]

2. Liste des symptômes secondaires : perte d'intérêt pour les activités habituelles (si symptôme principal de tristesse), épuisement/manque d'énergie, prise ou perte de 5 kg au moins, difficulté pour dormir, difficulté à se concentrer, perte de confiance en soi, pensées de mort récurrentes.

internet ou autre pour ces problèmes ou d'autres problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement?». Il leur a aussi été demandé : «Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un psychiatre, un psychologue, un médecin généraliste ou spécialiste, un thérapeute, une infirmière, une assistante sociale ou autre, pour ces problèmes ou d'autres problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement?». Une liste détaillée leur a été proposée en cas de réponse positive : «généraliste, psychiatre, psychologue, etc.». Pour l'ensemble de ce module, nous avons choisi de restreindre les analyses aux individus déclarant un épisode dépressif caractérisé dans l'année.

Pour évaluer la consommation de psychotropes (module soumis à l'ensemble de l'échantillon) ou le suivi de psychothérapies (module soumis aux personnes résidant aux Antilles uniquement), les questions suivantes ont été posées : «Au cours de votre vie, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs?»; «En avez-vous pris au cours des douze derniers mois?». Si oui, «quels sont ceux que vous avez pris?» (question ouverte); «Avez-vous déjà suivi une psychothérapie?»; «En avez-vous suivi une au cours des douze derniers mois?».

## ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses par DOM ont été réalisées sur les données pondérées par le poids de sondage calculé pour chaque département [13]. Pour les comparaisons entre les départements d'outre-mer et la métropole, des standardisations sur

le sexe et l'âge de la structure métropolitaine ont été réalisées afin de prendre en compte les différences de structure sociodémographique. Dans le cas des comportements suicidaires, ces comparaisons avec la métropole ont été faites avec les données du Baromètre santé 2014 (n = 15 635). Les questions relatives à l'EDC n'ayant pas été posées dans ce dernier Baromètre, les comparaisons ont été conduites avec les données du Baromètre santé 2010 (n = 8 782).

Le test utilisé pour comparer les prévalences est le test du Chi2 de Pearson pour données pondérées, appliquant la correction de Rao-Scott de second ordre. Le seuil de significativité statistique choisi pour définir une différence est de 5 %.

Des modèles multivariés ont été construits pour identifier les facteurs associés aux EDC et aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. Chaque modèle a été conduit par DOM, avec le même jeu de variables pour l'ensemble des départements. Les variables sélectionnées sont les suivantes : variables sociodémographiques (situation professionnelle, niveau de diplôme, niveau de revenus, fait de vivre seul ou non), consommations de substances psychoactives (alcool et tabac), état de santé général perçu et EDC pour les modèles consacrés aux comportements suicidaires [encadré 2]. Les tailles d'échantillon n'ont cependant pas permis de construire des modèles séparés pour les hommes et pour les femmes, ni d'analyser les facteurs associés aux tentatives de suicide dans l'année pour chaque DOM.

Les analyses ont été effectuées avec les logiciels SAS Entreprise Guide 4.3 et Stata/SE 13.1.

**ENCADRÉ 2** Effectifs bruts de la population d'étude par variable sélectionnée pour les analyses multivariées dans les DOM parmi les 15-75 ans, 2014

	Martinique	Guadeloupe	Guyane	La Réunion
Ensemble	2 026	2 028	2 015	2 094
<b>Sexe</b>				
Hommes	838	824	906	839
Femmes	1 188	1 204	1 109	1 255
<b>Âge</b>				
15-30 ans	411	422	669	590
31-45 ans	564	608	720	714
46-60 ans	669	632	441	574
61-75 ans	382	366	185	216
<b>Situation professionnelle</b>				
Travail	1 023	1 012	1 126	1 029
Chômage	375	401	343	420
Inactivité (étudiants, retraités, inactifs)	627	615	545	644
Valeurs manquantes	1	0	1	1
<b>Revenus par unité de consommation (en terciles)</b>				
1 <sup>er</sup> tercile	530	480	385	499
2 <sup>e</sup> tercile	524	591	524	633
3 <sup>e</sup> tercile	726	712	808	789
NSP/Refus	246	245	298	173
<b>Niveau de diplôme</b>				
Inférieur au bac	1 115	1 130	1 135	1 160
Bac	367	365	346	387
Supérieur au bac	524	519	513	544
Valeurs manquantes	20	14	21	3
<b>Vivre seul</b>				
Non	1 604	1 595	1 706	1 797
Oui	422	433	309	297

**ENCADRÉ 2 (suite)**

	Martinique	Guadeloupe	Guyane	La Réunion
<b>Fumeur quotidien</b>				
Non	1 734	1 782	1 724	1 607
Oui	273	226	271	478
Valeurs manquantes	19	20	20	9
<b>Consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance (Audit-C)</b>				
Non	1 879	1 944	1 873	1 991
Oui	147	83	140	102
Valeurs manquantes	0	1	2	1
<b>Perception générale de sa santé</b>				
Bonne	1 138	1 180	1 322	1 349
Moyenne	765	709	566	658
Mauvaise	110	129	115	82
Valeurs manquantes	13	10	12	5

**RÉSULTATS****ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ****Prévalences des épisodes dépressifs caractérisés déclarés au cours des douze derniers mois**

En 2014, 6,3 % des Antillais (Guadeloupéens, Martiniquais), 6,4 % des Guyanais et 8,4 % des Réunionnais de 15-75 ans déclarent avoir vécu un EDC au cours des douze derniers mois [figure 1]. En comparaison avec la métropole, où la prévalence des EDC dans l'année était de 7,8 % en 2010, les proportions apparaissent moins élevées en Martinique ( $p < 0,05$ ), Guadeloupe ( $p < 0,05$ ) et Guyane ( $p < 0,01$ ), alors qu'à La Réunion le niveau n'est pas significativement différent.

Au sein des DOM, les prévalences des EDC sont systématiquement plus élevées chez les femmes que chez les hommes [figure 1]. La comparaison, selon le sexe, avec les données métropolitaines (5,6 % d'EDC chez les hommes et 10,0 % chez les femmes en 2010) montre que les prévalences d'EDC sont significativement plus faibles chez les hommes guadeloupéens et guyanais ( $p < 0,01$ ), ainsi que chez les femmes martiniquaises ( $p < 0,05$ ).

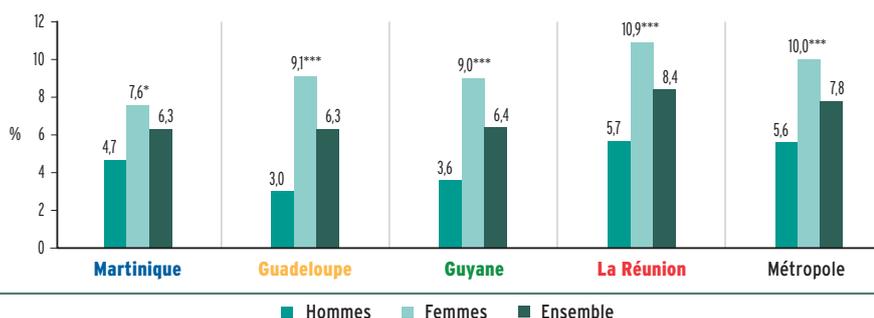
L'analyse par âge indique que la prévalence des EDC atteint un pic chez les 31-45 ans dans l'ensemble des

DOM, à l'exception de la Guyane où les niveaux les plus élevés sont enregistrés chez les 15-30 ans [figure 2]. Quel que soit le DOM, les niveaux de prévalence les plus faibles sont observés chez les plus âgés (61-75 ans). En comparaison avec la métropole, les taux d'EDC sont moins importants chez les 46-60 ans en Martinique ( $p < 0,01$ ), Guadeloupe ( $p < 0,01$ ) et Guyane ( $p < 0,05$ ), de même que chez les 61-75 ans en Guyane ( $p < 0,05$ ). À La Réunion, le pourcentage de personnes concernées par un EDC au cours de l'année est plus élevé qu'en métropole chez les 31-45 ans ( $p = 0,05$ ).

**Sévérité des épisodes dépressifs caractérisés déclarés au cours des douze derniers mois**

Les prévalences des EDC légers sont d'environ 1,0 % dans les quatre DOM, celles des EDC moyens varient de 2,6 % en Guyane à 4,2 % à La Réunion et celles des EDC sévères de 2,3 % aux Antilles à 3,4 % à La Réunion [tableau 1]. En métropole, pour l'année 2010, 0,7 % des 15-75 ans étaient concernés par un EDC léger au cours de l'année, 4,3 % par un EDC moyen et 2,8 % par un EDC sévère. En comparaison avec l'Hexagone, aucune différence n'est observée sur les prévalences d'EDC légers et sévères, et ce, quel que

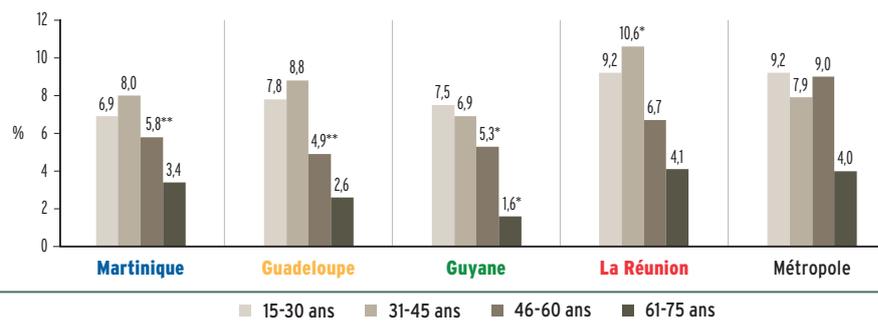
**FIGURE 1** Prévalences des épisodes dépressifs caractérisés au cours des douze derniers mois dans les DOM (2014) et en métropole (2010), selon le sexe, parmi les 15-75 ans



\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ . Significativité pour la comparaison des prévalences selon le sexe, par DOM et en métropole.

Sources : Baromètre santé 2010, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

**FIGURE 2** Prévalences des épisodes dépressifs caractérisés au cours des douze derniers mois dans les DOM (2014) et en métropole (2010), selon la classe d'âge, parmi les 15-75 ans



\* : p < 0,05; \*\* : p < 0,01; \*\*\* : p < 0,001. Significativité pour la comparaison des prévalences entre DOM et métropole pour chaque tranche d'âge

Sources : Baromètre santé 2010, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

**TABLEAU I** Prévalences des épisodes dépressifs caractérisés selon leur sévérité, au cours des douze derniers mois, dans les DOM (2014) et en métropole (2010), selon le sexe, parmi les 15-75 ans

	Martinique		Guadeloupe		Guyane		La Réunion		Métropole	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>EDC Léger</b>										
Ensemble	22	1,1	16	0,8	13	0,8	20	0,9	56	0,7
	-	ns	-	*	-	ns	-	ns	-	ns
Hommes	10	1,1	4	0,4	2	0,3	3	0,4	20	0,6
Femmes	12	1,1	12	1,2	11	1,3	17	1,3	36	0,8
<b>EDC moyen</b>										
Ensemble	64	2,9	62	3,3	60	2,6	101	4,2	368	4,3
	-	*	-	**	-	**	-	*	-	***
Hommes	18	1,9	18	1,7	17	1,5	27	2,9	103	2,8
Femmes	46	3,7	44	4,5	43	3,6	74	5,3	265	5,7
<b>EDC sévère</b>										
Ensemble	49	2,3	52	2,3	70	3,0	86	3,4	266	2,8
	-	ns	-	**	-	*	-	*	-	***
Hommes	14	1,7	7	0,9	21	1,9	26	2,5	85	2,1
Femmes	35	2,9	45	3,5	49	4,1	60	4,2	181	3,5

\* : p < 0,05; \*\* : p < 0,01; \*\*\* : p < 0,001; ns : non significatif. Significativité pour la comparaison des prévalences d'EDC « léger », « moyen » et « sévère » selon le sexe, par DOM et en métropole.

Sources : Baromètre santé 2010, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

soit le DOM. Les niveaux d'EDC moyens sont en revanche moins élevés en Martinique ( $p < 0,01$ ), Guadeloupe ( $p < 0,05$ ) et Guyane ( $p < 0,001$ ) qu'en métropole.

Dans chaque DOM, les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à avoir vécu une forme sévère ou moyenne d'EDC, à l'exception de la Martinique où les écarts de prévalence hommes/femmes ne concernent que les épisodes de sévérité moyenne [tableau I]. Concernant les EDC légers, une prédominance féminine est uniquement observée en Guadeloupe.

### Épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois : symptômes déclarés

Les analyses ont été conduites auprès de la population ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois, soit 135 individus en Martinique, 130 en Guadeloupe, 143 en Guyane et 207 à La Réunion.

Pour rappel, un EDC est défini par la présence d'au moins un symptôme principal (tristesse ou perte d'intérêt)

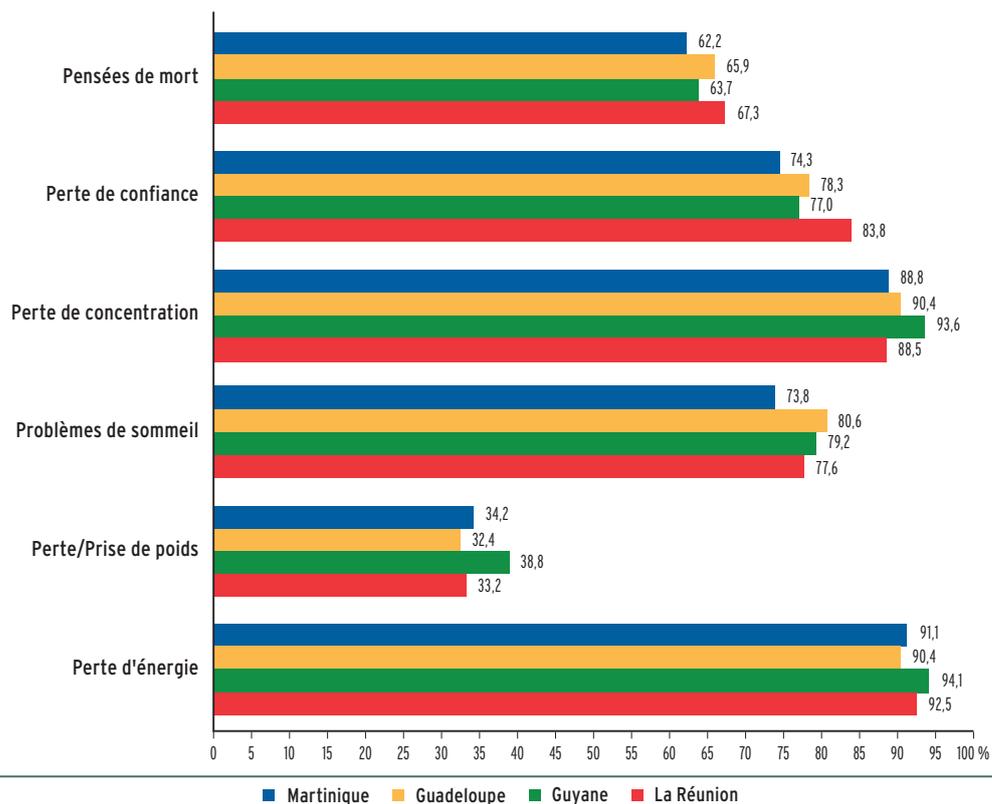
pendant au minimum deux semaines consécutives, au moins presque tous les jours et presque toute la journée, par la présence d'au moins trois symptômes secondaires pendant au minimum deux semaines consécutives et par un retentissement sur les activités habituelles [encadré 1].

Les symptômes secondaires les plus cités par les individus souffrant d'un EDC sont, quel que soit le DOM, et dans l'ordre d'importance : la perte d'énergie (de 90,4 % en Guadeloupe à 94,1 % en Guyane), la perte de concentration (de 88,5 % à La Réunion à 93,6 % en Guyane), les difficultés à s'endormir (de 73,8 % en Martinique à 80,6 % en Guadeloupe) et la perte de confiance (de 74,3 % en Martinique à 83,8 % à La Réunion) [figure 3].

Aucune différence significative concernant la prévalence et la distribution des symptômes secondaires n'a été observée avec les données métropolitaines de 2010.

Les proportions de symptômes déclarés dans les DOM ne sont globalement pas différentes entre les hommes et les femmes. Des écarts ont cependant été observés, concernant uniquement la « perte d'énergie » en Guadeloupe (73,7 % parmi les hommes vs 95,0 % parmi

**FIGURE 3** Proportions de symptômes secondaires chez ceux qui déclarent un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois dans les DOM, parmi les 15-75 ans, 2014



Source : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

les femmes ;  $p < 0,01$ ) et la « perte de concentration » en Guyane (98,7 % parmi les hommes *vs* 91,6 % parmi les femmes ;  $p = 0,05$ ).

### Facteurs associés aux épisodes dépressifs caractérisés déclarés au cours des douze derniers mois

À l'exception de la Martinique, et indépendamment des autres facteurs, la probabilité de déclarer un EDC est plus importante chez les femmes que chez les hommes, et plus faible parmi les populations les plus âgées (61-75 ans) en comparaison des plus jeunes (15-30 ans). Selon le DOM considéré, d'autres facteurs sociodémographiques sont associés de façon indépendante à la survenue d'un EDC. Ainsi, le fait de vivre seul en Guyane ( $OR = 2,3$ ), ou encore d'avoir un diplôme de niveau bac en Martinique ( $OR = 1,7$ ) et à La Réunion ( $OR = 1,9$ ) sont associés à une plus forte prévalence d'EDC au cours des douze derniers mois. En revanche, après ajustement sur les autres variables, et quel que soit le DOM, la situation professionnelle et les revenus ne sont pas associés à la survenue d'un EDC au cours des douze derniers mois [tableau II].

Les associations entre certaines consommations à risque de substances psychoactives et la survenue d'un EDC diffèrent également selon le DOM considéré. Ainsi, le fait de fumer quotidiennement est positivement associé aux EDC en Martinique ( $OR = 2,3$ ) et à La Réunion ( $OR = 1,6$ ), mais pas dans les autres DOM, et la consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance

(d'après la mesure de l'Audit-C\*) est associée à la présence d'un EDC à La Réunion seulement ( $OR = 3,6$ ).

Une association forte est observée entre « état de santé général » perçu et épisode dépressif caractérisé. Quel que soit le département, la perception d'un mauvais état de santé général est associée à une hausse de déclaration d'EDC, avec des OR variant de 3,5 en Martinique à 7,2 en Guadeloupe [tableau II].

### Épisodes dépressifs caractérisés au cours des douze derniers mois : recours à des services d'aide et consultation de professionnels de santé

Les analyses portent sur la population ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois, soit 135 individus en Martinique, 130 en Guadeloupe, 143 en Guyane et 207 à La Réunion.

En 2014, dans les DOM, moins d'un individu sur deux ayant vécu un EDC déclare un recours à un service d'aide ou à une consultation auprès d'un « professionnel de santé ou autre » (de 39,3 % en Martinique à 48,2 % à La Réunion) [tableau III]. Les femmes ayant souffert d'un EDC au cours des douze derniers mois sont en proportion plus nombreuses à avoir eu recours à un service d'aide ou

1. L'Audit-C, outil créé par l'OMS, est utilisé pour la détection des consommations problématiques d'alcool, qui sont réparties en quatre catégories : aucun risque, risque ponctuel, risque chronique et risque de dépendance. Dans cette étude, les risques chroniques et de dépendance ont été regroupés pour caractériser les consommations problématiques.

**TABLEAU II Facteurs associés aux épisodes dépressifs caractérisés au cours des douze derniers mois dans les DOM, parmi les 15-75 ans, 2014**

	Martinique (n = 1975)				Guadeloupe (n = 1983)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
<b>Âge (en classes)</b>	<b>ns</b>				<b>**</b>			
15-30 ans (référence)	411	6,9	1		422	7,8	1	
31-45 ans	564	8,0	1,1	[0,6 ; 1,9]	608	8,8	1,1	[0,6 ; 2,1]
46-60 ans	669	5,8	0,8	[0,4 ; 1,5]	632	4,9	0,5*	[0,2 ; 0,9]
61-75 ans	382	3,4	0,5	[0,2 ; 1,2]	366	2,6	0,2***	[0,1 ; 0,5]
<b>Sexe</b>	<b>*</b>				<b>***</b>			
Hommes (référence)	838	4,7	1		824	3,0	1	
Femmes	1 188	7,6	1,6	[1,0 ; 2,5]	1 204	9,1	2,8***	[1,7 ; 4,6]
<b>Vivre seul</b>	<b>ns</b>				<b>ns</b>			
Non (référence)	1 604	6,2	1		1 595	6,4	1	
Oui	422	6,7	1,3	[0,7 ; 2,2]	433	6,1	1,4	[0,7 ; 2,7]
<b>Situation professionnelle</b>	<b>*</b>				<b>**</b>			
Travail (référence)	1 023	6,0	1		1 012	4,8	1	
Chômage	375	9,0	1,2	[0,7 ; 2,2]	401	10,1	1,6	[0,9 ; 3,1]
Inactivité (étudiants, retraités, autres inactifs)	627	4,9	0,9	[0,5 ; 1,7]	615	5,9	1,7	[0,9 ; 3,2]
<b>Niveau de diplôme</b>	<b>ns</b>				<b>ns</b>			
Inférieur au bac (référence)	1 115	5,6	1		1 130	6,1	1	
Bac	367	9,1	1,7*	[1,0 ; 2,7]	365	6,6	1,0	[0,5 ; 2,0]
Supérieur au bac	524	6,4	1,2	[0,7 ; 2,2]	519	6,5	1,2	[0,7 ; 2,2]
<b>Revenus par unité de consommation (en terciles)</b>	<b>ns</b>				<b>ns</b>			
1 <sup>er</sup> tercile - revenus faibles (référence)	530	7,3	1		480	8,9	1	
2 <sup>e</sup> tercile	524	6,3	0,9	[0,5 ; 1,5]	591	5,8	0,9	[0,5 ; 1,7]
3 <sup>e</sup> tercile - revenus élevés	726	5,4	0,7	[0,4 ; 1,4]	712	4,8	0,8	[0,4 ; 1,6]
Valeurs manquantes	246	5,6	0,8	[0,4 ; 1,7]	245	5,2	0,6	[0,2 ; 1,3]
<b>Fumeur quotidien</b>	<b>***</b>				<b>ns</b>			
Non (référence)	1 734	5,4	1		1 782	6,1	1	
Oui	273	11,8	2,3***	[1,5 ; 3,8]	226	8,0	1,4	[0,8 ; 2,5]
<b>Consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance (Audit-C)</b>	<b>ns</b>				<b>ns</b>			
Non (référence)	1 879	6,3	1		1 944	6,2	1	
Oui	147	5,4	0,7	[0,3 ; 1,7]	83	8,2	1,1	[0,4 ; 2,9]
<b>Perception générale de sa santé</b>	<b>***</b>				<b>***</b>			
Bonne (référence)	1 138	5,5	1		1 180	3,8	1	
Moyenne	765	6,1	1,1	[0,7 ; 1,8]	709	8,4	2,4***	[1,5 ; 3,9]
Mauvaise	110	15,9	3,5***	[1,8 ; 7,0]	129	19,1	7,2***	[3,9 ; 13,3]

	Guyane (n = 1961)				La Réunion (n = 2 075)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
<b>Âge (en classes)</b>	<b>ns</b>				<b>*</b>			
15-30 ans (référence)	669	7,5	1		590	9,2	1	
31-45 ans	720	6,9	0,8	[0,4 ; 1,4]	714	10,6	1,0	[0,6 ; 1,5]
46-60 ans	441	5,3	0,5	[0,2 ; 1,0]	574	6,7	0,6	[0,3 ; 1,0]
61-75 ans	185	1,6	0,1***	[<0,1 ; 0,4]	216	4,1	0,3**	[0,1 ; 0,8]
<b>Sexe</b>	<b>***</b>				<b>***</b>			
Hommes (référence)	906	3,6	1		839	5,7	1	
Femmes	1 109	9,0	2,8***	[1,7 ; 4,6]	1 255	10,9	2,6***	[1,8 ; 3,9]
<b>Vivre seul</b>	<b>ns</b>				<b>ns</b>			
Non (référence)	1 706	6,0	1		1 797	8,1	1	
Oui	309	10,0	2,3*	[1,2 ; 4,5]	297	10,6	1,5	[0,9 ; 2,5]
<b>Situation professionnelle</b>	<b>ns</b>				<b>ns</b>			
Travail (référence)	1 126	6,2	1		1 029	8,7	1	
Chômage	343	5,1	0,6	[0,3 ; 1,2]	420	10,6	1,2	[0,8 ; 2,0]
Inactivité (étudiants, retraités, autres inactifs)	545	7,8	1,3	[0,6 ; 2,8]	644	6,5	0,8	[0,5 ; 1,4]
<b>Niveau de diplôme</b>	<b>ns</b>				<b>**</b>			
Inférieur au bac (référence)	1 135	5,9	1		1 160	7,5	1	
Bac	346	6,9	1,1	[0,6 ; 2,1]	387	13,2	1,9**	[1,2 ; 2,9]
Supérieur au bac	513	8,4	1,6	[0,9 ; 2,9]	544	7,8	1,0	[0,6 ; 1,6]

TABLEAU II (suite)

	Guyane (n = 1961)				La Réunion (n = 2 075)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
<b>Revenus par unité de consommation (en terciles)</b>								
ns								
1 <sup>er</sup> tercile - revenus faibles (référence)	385	7,7	1		499	8,5	1	
2 <sup>e</sup> tercile	524	7,2	1,0	[0,5 ; 2,1]	633	8,9	1,1	[0,7 ; 1,8]
3 <sup>e</sup> tercile - revenus élevés	808	6,0	0,9	[0,4 ; 1,8]	789	8,9	1,2	[0,7 ; 2,2]
Valeurs manquantes	298	3,7	0,5	[0,2 ; 1,1]	173	5,1	0,7	[0,3 ; 1,4]
<b>Fumeur quotidien</b>								
ns								
Non (référence)	1 724	6,2	1		1 607	7,1	1	
Oui	271	8,0	1,3	[0,8 ; 2,3]	478	12,2	1,6*	[1,0 ; 2,4]
<b>Consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance (Audit-C)</b>								
ns								
Non (référence)	1 873	6,0	1		1 991	7,6	1	
Oui	140	10,5	2,1	[1,0 ; 4,6]	102	23,8	3,6***	[1,9 ; 6,8]
<b>Perception générale de sa santé</b>								
***								
Bonne (référence)	1 322	4,5	1		1 349	5,9	1	
Moyenne	566	8,3	1,8*	[1,1 ; 3,0]	658	11,6	2,3***	[1,5 ; 3,3]
Mauvaise	115	15,0	4,3***	[2,0 ; 9,1]	82	20,3	3,8***	[1,9 ; 7,6]

\* : p < 0,05; \*\* : p < 0,01; \*\*\* : p < 0,001; ns : non significatif. Résultats obtenus par le test du Chi 2 de Pearson pour la colonne % (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds ratio ajustés issus de la régression logistique multivariée). Ces résultats correspondent à ceux d'un modèle de régression logistique avec ajustement sur les variables suivantes : âge en classes, sexe, situation professionnelle, niveau de diplôme, niveau de revenus par unité de consommation, fait de vivre seul, tabagisme quotidien, consommation d'alcool à risque selon l'Audit-C et perception de santé.

La catégorie des inactifs, de la variable « situation professionnelle », regroupe les étudiants, retraités et autres inactifs (hommes/femmes au foyer, invalides, congés maladie).

Source : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

TABLEAU III Recours aux soins chez les personnes ayant vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, dans les DOM, parmi les 15-75 ans, 2014

	Martinique		Guadeloupe		Guyane		La Réunion	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ensemble	61	39,3	61	42,4	59	38,1	107	48,2
ns								
Hommes	16	31,6	6	17,5	9	15,7	24	42,0
Femmes	45	43,4	55	49,3	50	46,7	83	51,2

\* : p < 0,05; \*\* : p < 0,01; \*\*\* : p < 0,001; ns : non significatif. Significativité pour la comparaison par DOM des prévalences selon le sexe.

Source : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

à avoir consulté un professionnel que les hommes dans les seuls départements de la Guadeloupe ( $p < 0,01$ ) et de la Guyane ( $p < 0,001$ ). Le recours à des services d'aide ou à des professionnels en cas d'EDC dans les DOM apparaît globalement moins élevé qu'en métropole en 2010, où il s'élevait à 61,1 %.

Dans le détail, 12,6 % des Martiniquais, 17,6 % des Guadeloupéens, 11,8 % des Guyanais et 18,6 % des Réunionnais ayant vécu un EDC dans l'année déclarent avoir fait appel à un service d'aide au cours de la même période, sans différence avec la métropole en 2010 (19,4 %).

Près d'une personne sur trois ayant vécu un EDC dans l'année déclare avoir consulté un « professionnel de santé ou autre » pour des problèmes psychologiques (35,7 % en Martinique, 39,2 % en Guadeloupe, 36,0 % en Guyane et 44,3 % à La Réunion). En métropole, cette prévalence s'élevait à 58,9 % en 2010, soit un niveau supérieur à ceux observés dans les DOM ( $p < 0,001$ ).

Parmi ces professionnels, les généralistes sont les plus consultés (76,6 % en Martinique, 44,4 % en Guadeloupe, 52,3 % en Guyane et 63,7 % à La Réunion), suivis des psychologues et des thérapeutes (23,8 % en Martinique, 32,6 % en Guadeloupe, 35,8 % en Guyane et 34,7 % à La

Réunion), puis des psychiatres (13,7 % en Martinique, 20,6 % en Guadeloupe, 15,8 % en Guyane et 27,6 % à La Réunion).

## PENSÉES SUICIDAIRES

### Prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois

En 2014, dans les DOM, la proportion d'individus de 15-75 ans déclarant des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois varie de 4,2 % en Guadeloupe à 5,5 % en Guyane [figure 4]. Quel que soit le DOM, ces prévalences n'apparaissent pas différentes de celles observées en métropole en 2014 (4,9 %).

La prévalence de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans tous les DOM, à l'exception de la Martinique. Les rapports de prévalences femmes/hommes varient de 1,3 en Martinique à 2,6 en Guadeloupe. En 2014, les proportions d'hommes (4,3 %) et de femmes (5,6 %) déclarant des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ne sont pas différentes

entre les DOM et la métropole, à l'exception des hommes guadeloupéens qui présentent des niveaux plus faibles que leurs homologues de l'Hexagone (2,2 % contre 4,3 %,  $p < 0,05$ ).

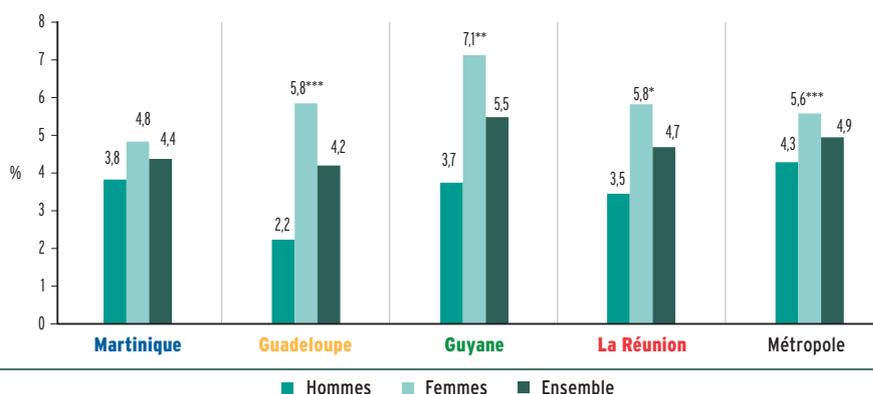
Les plus jeunes sont en proportion les plus nombreux à déclarer des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (15-30 ans en Guadeloupe et Guyane, 31-45 ans en Martinique). Ces pics de prévalence sont suivis d'une baisse avec l'avancée en âge. La Réunion se distingue des autres DOM avec des proportions élevées enregistrées chez les 61-75 ans (5,6 %). En métropole, ce sont les 46-60 ans qui déclarent en proportion le plus de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (6,4 %), avec sur cette tranche d'âge des prévalences significativement plus élevées qu'en Martinique ( $p < 0,01$ ), en Guadeloupe ( $p < 0,05$ ) et à La Réunion ( $p < 0,05$ ). Chez les 61-75 ans, ces proportions sont également plus faibles aux Antilles qu'en métropole ( $p < 0,01$ ). Enfin, la prévalence de pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois est significativement plus élevée en Guyane qu'en métropole chez les 15-30 ans ( $p < 0,05$ ) [figure 5].

### Motifs évoqués par les individus déclarant des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois

Les analyses ont été conduites auprès de la population déclarant des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, soit 84 individus en Martinique, 87 en Guadeloupe, 109 en Guyane et 99 à La Réunion.

Les personnes déclarant des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ont été interrogées sur les motifs associés à ces pensées, parmi quatre propositions (plusieurs réponses étant possibles) : professionnels (pour les actifs occupés et les chômeurs), personnels, scolaires (pour les étudiants et les jeunes scolarisés) ou autres. Les propositions relatives à la scolarité n'ont pas été analysées, faute d'effectifs suffisants. Parmi les individus déclarant des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, 21,3 % évoquent une raison professionnelle en Martinique, 19,7 % en Guadeloupe, 21,8 % en Guyane et 24,8 % à La Réunion. Au sein de cette même population, les motifs personnels sont associés aux pensées suicidaires dans

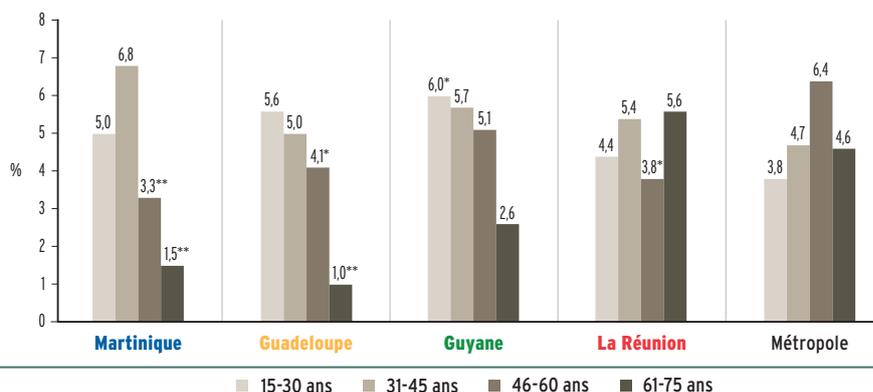
**FIGURE 4** Prévalences des pensées suicidaires déclarées dans l'année dans les DOM et en métropole, selon le sexe, parmi les 15-75 ans, 2014



\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ . Significativité pour la comparaison des prévalences selon le sexe, dans chaque DOM et en métropole.

Sources : Baromètre santé DOM 2014 et Baromètre santé 2014, Santé publique France.

**FIGURE 5** Prévalences des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois dans les DOM et en métropole, selon la classe d'âge, parmi les 15-75 ans, 2014



\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ . Significativité pour la comparaison des prévalences entre DOM et métropole pour chaque tranche d'âge

Sources : Baromètre santé DOM 2014 et Baromètre santé 2014, Santé publique France.

82,2 % des cas en Martinique, 85,0 % en Guadeloupe, 85,0 % en Guyane et 87,2 % à La Réunion.

Lorsqu'on restreint les analyses à la population des actifs, ces proportions restent assez similaires à ce qui est observé en population générale. Les raisons professionnelles sont évoquées dans 25,7 % des cas en Martinique, 27,2 % en Guadeloupe, 32,6 % en Guyane et 37,8 % à La Réunion. Ces proportions sont respectivement de 78,8 %, 79,9 %, 82,1 % et 81,7 % dans le cas des motifs personnels.

### Facteurs associés aux pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois dans les DOM

Les femmes ont un risque plus élevé de déclarer des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois que les hommes, quel que soit le département, et aux Antilles seulement, les plus âgés (61-75 ans) apparaissent moins à risque de déclarer des pensées suicidaires que les plus jeunes (15-30 ans), indépendamment des autres facteurs. S'agissant des autres critères sociodémographiques, le fait

de vivre seul est associé aux déclarations de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en Martinique (OR = 2,8) et à La Réunion (OR = 3,3) [tableau IV].

Concernant les consommations de substances psychoactives, fumer quotidiennement n'est pas associé à la déclaration de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, et ce, quel que soit le département. En revanche, le fait d'avoir une consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance augmente la probabilité de déclarer des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en Martinique (OR = 2,9), en Guyane (OR = 2,6) et à La Réunion (OR = 3,3) [tableau IV].

Déclarer un mauvais état de santé général est fortement associé aux déclarations de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, avec des OR variant de 2,6 en Guyane à 11,6 à La Réunion [tableau IV].

Enfin, le fait d'avoir vécu un EDC dans l'année est nettement associé aux déclarations de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois : OR de 8,0 en Martinique, 5,7 en Guadeloupe, 6,8 en Guyane et 8,2 à la Réunion [tableau V].

**TABLEAU IV** Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois dans les DOM, parmi les 15-75 ans, 2014

	Martinique (n = 1974)				Guadeloupe (n = 1977)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
<b>Âge (en classes)</b>		**				*		
15-30 ans (référence)	410	5,0	1		421	5,6	1	
31-45 ans	564	6,8	1,2	[0,5 ; 2,5]	605	5,0	0,9	[0,4 ; 1,9]
46-60 ans	668	3,3	0,4	[0,2 ; 1,0]	631	4,1	0,6	[0,3 ; 1,2]
61-75 ans	382	1,5	0,2**	[0,1 ; 0,7]	365	1,0	0,1***	[<0,1 ; 0,4]
<b>Sexe</b>		ns				***		
Hommes (référence)	837	3,8	1		821	2,2	1	
Femmes	1 187	4,8	1,8*	[1,0 ; 3,2]	1 201	5,8	2,8**	[1,5 ; 5,2]
<b>Vivre seul</b>		*				ns		
Non (référence)	1 602	3,9	1		1 591	4,4	1	
Oui	422	7,0	2,8**	[1,4 ; 5,7]	431	2,8	0,8	[0,3 ; 1,7]
<b>Situation professionnelle</b>		ns				*		
Travail (référence)	1 022	4,9	1		1 010	3,6	1	
Chômage	374	5,8	0,7	[0,3 ; 1,5]	399	6,5	1,6	[0,9 ; 2,9]
Inactivité (étudiants, retraités, autres inactifs)	627	2,8	0,6	[0,2 ; 1,2]	613	3,5	1,1	[0,5 ; 2,3]
<b>Niveau de diplôme</b>		ns				ns		
Inférieur au bac (référence)	1 113	4,5	1		1 126	4,1	1	
Bac	367	4,3	0,8	[0,4 ; 1,7]	364	5,3	1,1	[0,6 ; 2,3]
Supérieur au bac	524	4,4	0,8	[0,4 ; 1,7]	518	3,2	0,7	[0,3 ; 1,6]
<b>Niveau de revenus par unité de consommation (en terciles)</b>		ns				ns		
1 <sup>er</sup> tercile - revenus faibles (référence)	529	4,5	1		477	4,7	1	
2 <sup>e</sup> tercile	523	3,5	0,8	[0,4 ; 1,9]	588	4,4	1,5	[0,8 ; 2,8]
3 <sup>e</sup> tercile - revenus élevés	726	4,2	0,9	[0,4 ; 2,1]	712	3,0	1,3	[0,6 ; 3,0]
Valeurs manquantes	246	6,0	1,7	[0,7 ; 4,0]	245	5,1	1,4	[0,6 ; 3,0]
<b>Fumeur quotidien</b>		**				*		
Non (référence)	1 733	3,8	1		1 776	3,8	1	
Oui	273	8,0	1,3	[0,7 ; 2,7]	226	7,2	1,8	[0,9 ; 3,7]
<b>Consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance (Audit-C)</b>		**				ns		
Non (référence)	1 877	3,9	1		1 938	4,0	1	
Oui	147	9,5	2,9*	[1,3 ; 6,4]	83	7,5	1,9	[0,6 ; 6,2]
<b>Perception générale de sa santé</b>		**				***		
Bonne (référence)	1 137	3,5	1		1 178	2,7	1	
Moyenne	765	4,5	1,5	[0,9 ; 2,7]	706	4,7	1,8*	[1,1 ; 3,1]
Mauvaise	109	12,2	5,3***	[2,3 ; 12,5]	128	15,3	7,7***	[3,6 ; 16,6]

**TABLEAU IV (suite)**

	Guyane (n = 1957)				La Réunion (n = 2 073)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
<b>Âge (en classes)</b>	ns				ns			
15-30 ans (référence)	667	6,0	1		590	4,4	1	
31-45 ans	719	5,7	0,9	[0,5 ; 1,7]	714	5,4	1,1	[0,6 ; 2,2]
46-60 ans	439	5,1	0,8	[0,4 ; 1,7]	572	3,8	0,6	[0,3 ; 1,2]
61-75 ans	185	2,6	0,4	[0,1 ; 1,1]	216	5,6	0,9	[0,3 ; 2,4]
<b>Sexe</b>	**				*			
Hommes (référence)	904	3,7	1		838	3,5	1	
Femmes	1 106	7,1	2,0*	[1,1 ; 3,5]	1 254	5,8	2,5**	[1,4 ; 4,4]
<b>Vivre seul</b>	ns				***			
Non (référence)	1 701	5,4	1		1 795	4,0	1	
Oui	309	6,0	1,7	[0,8 ; 3,7]	297	10,4	3,3***	[1,8 ; 6,1]
<b>Situation professionnelle</b>	ns				ns			
Travail (référence)	1 124	4,9	1		1 027	3,5	1	
Chômage	341	5,9	0,9	[0,4 ; 1,8]	420	6,8	1,7	[0,9 ; 3,1]
Inactivité (étudiants, retraités, autres inactifs)	544	6,1	1,2	[0,6 ; 2,3]	644	4,7	1,0	[0,5 ; 1,9]
<b>Niveau de diplôme</b>	ns				**			
Inférieur au bac (référence)	1 131	5,7	1		1 160	5,6	1	
Bac	345	4,8	1,0	[0,5 ; 2,2]	385	2,9	0,5	[0,3 ; 1,1]
Supérieur au bac	513	4,8	1,2	[0,6 ; 2,2]	544	2,5	0,5	[0,2 ; 1,0]
<b>Niveau de revenus par unité de consommation (en terciles)</b>	ns				ns			
1 <sup>er</sup> tercile - revenus faibles (référence)	384	8,1	1		499	5,7	1	
2 <sup>e</sup> tercile	522	4,8	0,7	[0,3 ; 1,3]	632	3,8	0,9	[0,4 ; 1,8]
3 <sup>e</sup> tercile - revenus élevés	808	3,9	0,5	[0,2 ; 1,2]	788	4,1	1,3	[0,6 ; 2,7]
Valeurs manquantes	296	5,1	0,7	[0,3 ; 1,4]	173	6,0	1,7	[0,8 ; 3,9]
<b>Fumeur quotidien</b>	ns				ns			
Non (référence)	1 719	5,3	1		1 606	4,2	1	
Oui	271	6,6	1,5	[0,7 ; 3,1]	477	5,9	1,1	[0,6 ; 1,9]
<b>Consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance (Audit-C)</b>	*				***			
Non (référence)	1 868	5,0	1		1 989	4,1	1	
Oui	140	10,4	2,6*	[1,2 ; 5,4]	102	15,5	3,3**	[1,5 ; 7,3]
<b>Perception générale de sa santé</b>	*				***			
Bonne (référence)	1 319	4,3	1		1 349	2,3	1	
Moyenne	565	6,4	1,3	[0,8 ; 2,3]	656	6,8	2,9***	[1,7 ; 5,0]
Mauvaise	115	11,2	2,6*	[1,1 ; 5,8]	82	21,9	11,6***	[5,2 ; 25,7]

\* : p < 0,05; \*\* : p < 0,01; \*\*\* : p < 0,001; ns : non significatif. Résultats obtenus par le test du Chi 2 de Pearson pour la colonne % (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds ratio issus de la régression logistique multivariée). Ces résultats correspondent à ceux d'un modèle de régression logistique avec ajustement sur les variables suivantes : âge en classes, sexe, situation professionnelle, niveau de diplôme, niveau de revenus par unité de consommation, fait de vivre seul, tabagisme quotidien, consommation d'alcool à risque selon l'Audit-C et perception de santé. La catégorie des inactifs, de la variable « situation professionnelle », regroupe les étudiants, retraités et autres inactifs (hommes/femmes au foyer, invalides, congés maladie).

Source : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

**TABLEAU V Association entre la déclaration de pensées suicidaires et les épisodes dépressifs caractérisés au cours des douze derniers mois, dans les DOM, parmi les 15-75 ans, 2014**

	Martinique				Guadeloupe			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
<b>Épisode dépressif caractérisé</b>	***				***			
Non (référence)	1 889	3,1	1		1 895	2,9	1	
Oui	135	23,4	8,0***	[4,3 ; 15,0]	127	23,0	5,7***	[3,0 ; 11,0]

	Guyane				La Réunion			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
<b>Épisode dépressif caractérisé</b>	***				***			
Non (référence)	1 867	3,3	1		1 886	2,9	1	
Oui	143	24,1	6,8***	[5,0 ; 9,1]	206	24,4	8,2***	[4,9 ; 13,8]

\* : p < 0,05; \*\* : p < 0,01; \*\*\* : p < 0,001; ns : non significatif. Résultats obtenus par le test du Chi 2 de Pearson pour la colonne % (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds ratio issus des régressions logistiques multivariées). Ces résultats correspondent à ceux d'un modèle de régression logistique avec ajustement sur les variables suivantes : âge en classes, sexe, situation professionnelle, niveau de diplôme, niveau de revenus par unité de consommation, fait de vivre seul, tabagisme quotidien, consommation d'alcool à risque selon l'Audit-C et perception de sa santé.

Source : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

## TENTATIVES DE SUICIDE

### Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie

La prévalence déclarée des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 15-75 ans est de 4,7 % en Martinique, 4,3 % en Guadeloupe, 5,1 % en Guyane et 7,0 % à La Réunion. Ces proportions sont significativement inférieures à celles observées en métropole en 2014 (7,1 %), aux Antilles et en Guyane ( $p < 0,001$ ) [figure 6]. Le taux enregistré à La Réunion n'est pas différent de celui de métropole.

Dans tous les DOM, les femmes sont en proportion plus nombreuses à évoquer une tentative de suicide au cours de la vie que les hommes, avec des rapports femmes/hommes variant de 2,1 en Martinique à 4,9 en Guadeloupe. En comparaison avec la métropole, dans le cas des hommes, les prévalences sont moins élevées en Martinique ( $p < 0,05$ ), en Guadeloupe ( $p < 0,001$ ) et en Guyane ( $p < 0,001$ ). Une plus faible prévalence est également observée chez les femmes martiniquaises ( $p < 0,001$ ), guadeloupéennes ( $p < 0,05$ ) et gyanaises ( $p < 0,05$ ), que chez les femmes de métropole. À La Réunion, les proportions ne sont pas différentes de la métropole pour les deux sexes.

### Prévalences des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois

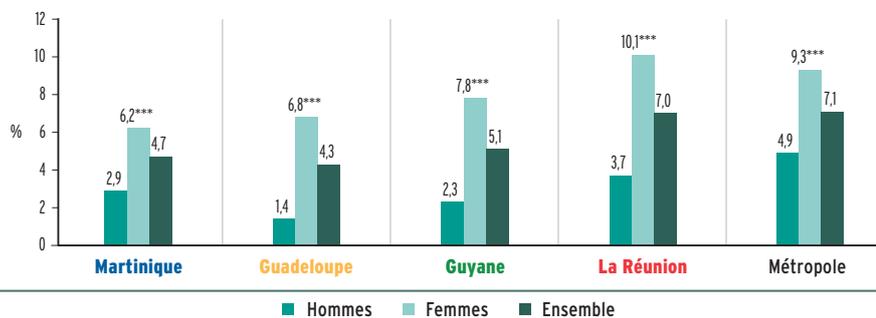
Parmi les 15-75 ans, 0,6 % des Martiniquais et des Guadeloupéens, 1,0 % des Guyanais et 0,9 % des Réunionnais déclarent avoir tenté de se suicider au cours des douze derniers mois [figure 7]. Ces prévalences ne sont pas différentes de celles enregistrées en France métropolitaine en 2014 (0,8 %).

Aucun des écarts de prévalences observés entre les hommes et les femmes n'apparaît statistiquement significatif. Quel que soit le DOM, le détail des résultats par sexe montre que les données de prévalences ne sont pas non plus différentes de celles observées en métropole (0,6 % des hommes et 0,9 % des femmes déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois) [figure 7].

### Tentatives de suicide au cours des douze derniers mois et recours aux soins

En matière de recours aux soins post tentative de suicide déclarée au cours des douze derniers mois, les effectifs ne permettent pas de travailler par DOM. En regroupant l'ensemble des DOM, il apparaît que, parmi ces individus,

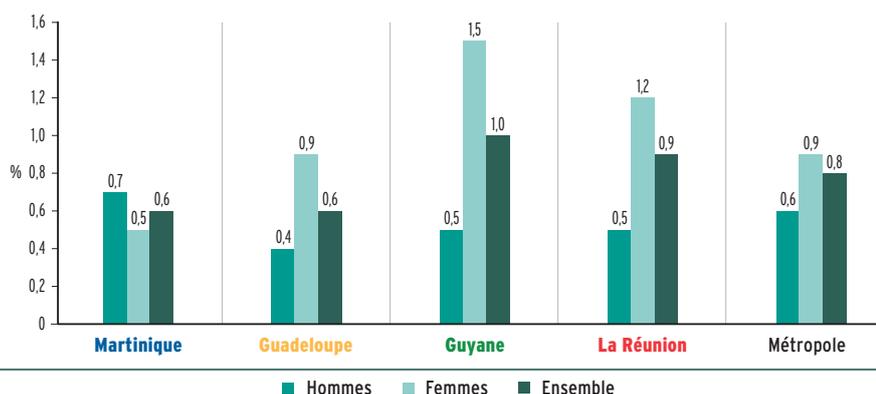
**FIGURE 6** Prévalences des tentatives de suicide au cours de la vie dans les DOM et en métropole, selon le sexe, parmi les 15-75 ans, 2014



\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ . Significativité pour la comparaison par DOM et en métropole des prévalences selon le sexe.

Sources : Baromètre santé DOM 2014 et Baromètre santé 2014, Santé publique France.

**FIGURE 7** Prévalences des tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois dans les DOM et en métropole, selon le sexe, parmi les 15-75 ans, 2014



\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ . Significativité pour la comparaison par DOM et en métropole des prévalences selon le sexe.

Sources : Baromètre santé DOM 2014 et Baromètre santé 2014, Santé publique France.

41,5 % déclarent être allés à l'hôpital suite à cet événement, 55,6 % avoir été suivis par un médecin ou un « psy » et 62,2 % en avoir parlé à quelqu'un d'autre qu'un professionnel de santé [tableau VI]. Ces proportions ne sont pas différentes de celles rapportées en métropole en 2010.

## CONSOMMATION DE SOINS DANS LES DOM

### Consommation de psychotropes

#### Prévalences des consommations de psychotropes déclarées au cours de la vie et au cours des douze derniers mois

En 2014, dans les DOM, la consommation de psychotropes au cours de la vie s'échelonne de 18,3 % en Guyane à 26,5 % à La Réunion, soit près d'une personne sur cinq; les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes, quel que soit le territoire considéré [tableau VII]. Dans tous les DOM et quel que soit le sexe, ces prévalences apparaissent inférieures à ce qui était observé en métropole en 2010, où 34,9 % de la population (hommes : 27,0 % vs femmes : 42,2 %) déclaraient avoir déjà consommé, au cours de la vie, des médicaments pour les nerfs ou pour dormir (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, etc.) ( $p < 0,001$ ).

Concernant les consommations au cours des douze derniers mois, 5,2 % des Martiniquais, 5,7 % des Guadeloupéens, 4,2 % des Guyanais et 7,4 % des Réunionnais déclaraient avoir consommé des médicaments pour les nerfs ou pour dormir [figure 8]. En proportion, les femmes sont plus nombreuses à en avoir consommé que les hommes, et ce quel que soit le DOM. Au global, les niveaux de consommation sont moins élevés qu'en métropole en 2010 dans tous les DOM, aussi bien chez les hommes que chez les femmes ( $p < 0,001$ ).

La consommation de psychotropes déclarée dans l'année varie selon l'âge, avec des profils qui diffèrent entre les DOM. À la Réunion, la consommation augmente avec l'avancée en âge, alors qu'en Martinique elle est plus importante chez les 31-45 ans, et en Guadeloupe chez les 46-60 ans [figure 9]. En revanche, les différences selon les classes d'âge semblent moins marquées en Guyane. En métropole, en 2010, la distribution de la consommation de psychotropes augmentait avec l'âge, comme observé à La Réunion. Quelle que soit la tranche d'âge considérée, les proportions de consommation de psychotropes au cours des douze derniers mois sont inférieures dans les DOM, en comparaison avec la métropole ( $p < 0,01$ ).

**TABLEAU VI** Recours aux soins post tentative de suicide déclarée au cours des douze derniers mois, dans l'ensemble des DOM et en métropole, parmi les 15-75 ans, 2014

	DOM (n = 55)		Métropole (n = 138)	
	n	%	n	%
Être allé à l'hôpital	25	41,5	83	44,2
Avoir été suivi par un médecin/« psy »	29	55,6	87	51,2
En avoir parlé à quelqu'un d'autre qu'un « psy »/médecin	34	62,2	92	58,7

Sources : Baromètre santé DOM 2014 et Baromètre santé 2014, Santé publique France.

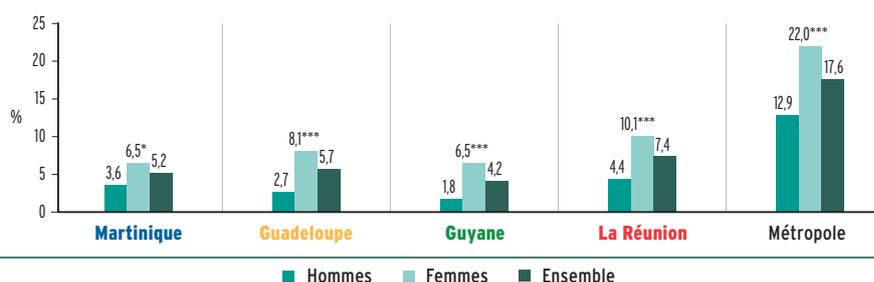
**TABLEAU VII** Consommation de psychotropes au cours de la vie dans les DOM, parmi les 15-75 ans, 2014

	Martinique		Guadeloupe		Guyane		La Réunion	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ensemble	487	22,3	497	21,2	444	18,3	610	26,5
		***		***		***		***
Hommes	133	15,5	121	12,3	135	13,0	175	19,0
Femmes	354	27,9	376	28,6	309	23,2	435	33,5

\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ . Significativité pour la comparaison par DOM des prévalences selon le sexe.

Source : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

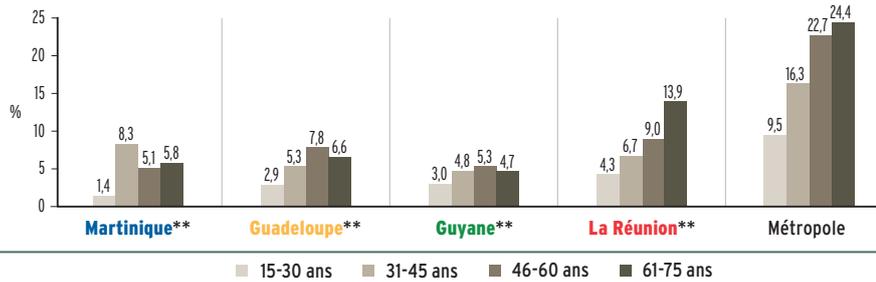
**FIGURE 8** Consommation de psychotropes au cours des douze derniers mois, dans les DOM (2014) et en métropole (2010), selon le sexe, parmi les 15-75 ans



\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ . Significativité pour la comparaison par DOM et en métropole des prévalences selon le sexe.

Sources : Baromètre santé 2010, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

**FIGURE 9** Consommation de psychotropes au cours des douze derniers mois, dans les DOM (2014) et en métropole (2010), selon l'âge, parmi les 15-75 ans



\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ . Significativité pour la comparaison des prévalences entre DOM et métropole pour chaque tranche d'âge.

Sources : Baromètre santé 2010, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

### Types de psychotropes consommés

Quel que soit le DOM, les anxiolytiques sont en proportion les psychotropes les plus consommés (de 2,9 % en Guyane à 4,6 % à La Réunion), suivis des hypnotiques (de 1,2 % en Guyane à 2,4 % à La Réunion) et des antidépresseurs (de 0,7 % en Guyane à 1,6 % à La Réunion) [figure 10]. Dans tous les DOM, les niveaux enregistrés sont inférieurs à ceux de métropole en 2010 pour les anxiolytiques, les antidépresseurs, les hypnotiques et les thymorégulateurs ( $p < 0,001$ ). En ce qui concerne les neuroleptiques, seules les consommations enregistrées en Guadeloupe et en Guyane sont moins élevées qu'en métropole ( $p < 0,001$ ).

### Facteurs associés à la consommation de psychotropes au cours des douze derniers mois

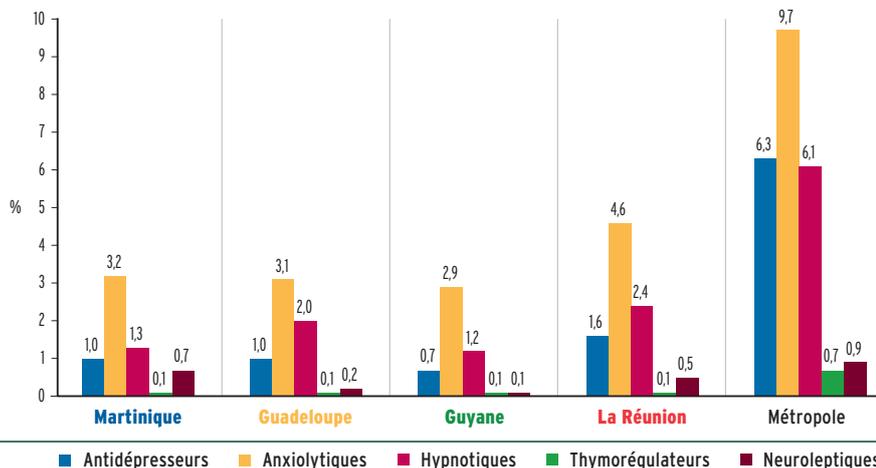
La consommation de psychotropes varie en fonction du sexe et de l'âge. Ainsi, quel que soit le département d'outre-mer, les femmes sont en proportion plus nombreuses à prendre des médicaments pour dormir ou pour les nerfs, les OR variant de 1,8 en Martinique à 3,9 en Guyane. En ce qui concerne l'âge, et à l'exception de la Guyane, le fait d'être jeune (15-30 ans) est associé à une moindre consommation de médicaments psychotropes [tableau VIII].

Les autres critères sociodémographiques analysés sont quant à eux diversement associés à la consommation de psychotropes en fonction des départements. En Martinique, les chômeurs, en comparaison aux actifs, sont en proportion plus nombreux à en consommer. En Martinique et en Guyane, le fait d'avoir un diplôme supérieur au bac est associé à une consommation plus importante de médicaments pour raison de santé mentale, en référence au fait de ne pas avoir de diplôme (respectivement, OR = 1,7 et 4,0). Enfin, un niveau de revenus élevé semble associé à une consommation de psychotropes plus importante aux Antilles uniquement.

### Consommation de psychotropes et épisodes dépressifs caractérisés

Quel que soit le département, la consommation déclarée de psychotropes au cours des douze derniers mois (tous produits confondus) est plus élevée pour les personnes déclarant un EDC, en comparaison avec celles qui n'en déclarent pas ( $p < 0,001$ ) [figure 11]. Cette tendance est retrouvée pour chacun des types de médicaments psychotropes ( $p < 0,001$ ), à l'exception de la consommation d'hypnotiques en Guadeloupe, pour laquelle la proportion ne diffère pas significativement entre les individus ayant vécu un EDC et ceux n'en n'ayant pas vécu. Les

**FIGURE 10** Type de psychotropes consommés, dans les DOM (2014) et en métropole (2010), parmi les 15-75 ans



Sources : Baromètre santé 2010, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

**TABLEAU VIII Facteurs associés à la consommation de psychotropes au cours des douze derniers mois dans les DOM, parmi les 15-75 ans, 2014**

	Martinique (n = 2 006)				Guadeloupe (n = 2 014)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
<b>Âge (en classes)</b>		***				*		
15-30 ans (référence)	411	1,4	1		422	2,9	1	
31-45 ans	564	8,3	6,3***	[2,7; 14,6]	608	5,3	1,9	[0,9; 4,0]
46-60 ans	669	5,1	4,3***	[1,9; 9,8]	632	7,8	2,9**	[1,4; 5,8]
61-75 ans	382	5,8	6,8***	[2,9; 15,9]	366	6,6	2,4*	[1,0; 5,7]
<b>Sexe</b>		*				***		
Hommes (référence)	838	3,6	1		824	2,7	1	
Femmes	1 188	6,5	1,8*	[1,1; 3,1]	1 204	8,1	3,2***	[2,0; 5,3]
<b>Situation professionnelle</b>		*				ns		
Travail (référence)	1 023	5,3	1		1 012	6,0	1	
Chômage	375	7,8	2,8***	[1,7; 4,9]	401	5,2	1,1	[0,6; 1,9]
Inactivité (étudiants, retraités, autres inactifs)	627	3,5	0,9	[0,4; 2,1]	615	5,5	1,0	[0,6; 1,9]
<b>Niveau de diplôme</b>		**				ns		
Inférieur au bac (référence)	1 115	4,2	1		1 130	5,2	1	
Bac	367	5,7	1,5	[0,8; 2,6]	365	6,6	1,3	[0,7; 2,3]
Supérieur au bac	524	8,5	1,7*	[1,0; 3,0]	519	6,5	1,0	[0,6; 1,7]
<b>Revenus par unité de consommation (en terciles)</b>		ns				ns		
1 <sup>er</sup> tercile - revenus faibles (référence)	530	3,9	1		480	4,2	1	
2 <sup>e</sup> tercile	524	5,2	1,8	[1,0; 3,4]	591	6,1	1,5	[0,9; 2,7]
3 <sup>e</sup> tercile - revenus élevés	726	7,4	2,5**	[1,3; 4,8]	712	7,3	1,9*	[1,1; 3,4]
Valeurs manquantes	246	3,6	1,6	[0,7; 3,9]	245	4,5	1,5	[0,6; 3,7]

	Guyane (n = 1 993)				La Réunion (n = 2 090)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
<b>Âge (en classes)</b>		ns				***		
15-30 ans (référence)	669	3,0	1		590	4,3	1	
31-45 ans	720	4,8	1,4	[0,7; 2,7]	714	6,7	1,3	[0,6; 2,7]
46-60 ans	441	5,3	1,9	[0,9; 3,9]	574	9,0	1,9	[0,8; 4,2]
61-75 ans	185	4,7	2,3	[0,9; 6,1]	216	13,9	3,6**	[1,6; 8,0]
<b>Sexe</b>		***				***		
Hommes (référence)	906	1,8	1		839	4,4	1	
Femmes	1 109	6,5	3,9***	[2,2; 6,8]	1 255	10,1	2,6***	[1,6; 4,2]
<b>Situation professionnelle</b>		ns				ns		
Travail (référence)	1 126	5,2	1		1 029	7,7	1	
Chômage	343	3,0	0,7	[0,3; 1,3]	420	7,0	1,2	[0,7; 2,2]
Inactivité (étudiants, retraités, autres inactifs)	545	3,4	0,7	[0,3; 1,6]	644	7,2	0,7	[0,4; 1,4]
<b>Niveau de diplôme</b>		***				ns		
Inférieur au bac (référence)	1 135	3,0	1		1 160	6,7	1	
Bac	346	4,6	1,7	[0,8; 3,8]	387	8,6	1,3	[0,7; 2,5]
Supérieur au bac	513	10,5	4,0***	[2,2; 7,2]	544	9,3	1,1	[0,6; 2,1]
<b>Revenus par unité de consommation (en terciles)</b>		ns				***		
1 <sup>er</sup> tercile - revenus faibles (référence)	385	3,5	1		499	7,3	1	
2 <sup>e</sup> tercile	524	3,9	0,8	[0,4; 1,7]	633	5,4	0,8	[0,4; 1,3]
3 <sup>e</sup> tercile - revenus élevés	808	5,5	0,6	[0,3; 1,3]	789	11,1	1,5	[0,8; 3,0]
Valeurs manquantes	298	3,7	1,1	[0,5; 2,3]	173	2,7	0,5	[0,2; 1,3]

\* : p < 0,05; \*\* : p < 0,01; \*\*\* : p < 0,001; ns : non significatif. Résultats obtenus par le test du Chi 2 de Pearson pour la colonne % (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds ratio issus de régression logistique multivariée). Ces résultats correspondent à ceux d'un modèle de régression logistique avec ajustement sur les variables suivantes : âge en classes, sexe, situation professionnelle, niveau de diplôme, niveau de revenus par unité de consommation, fait de vivre seul.

La catégorie des inactifs, de la variable « situation professionnelle », regroupe les étudiants, retraités et autres inactifs (hommes/femmes au foyer, invalides, congés maladie).

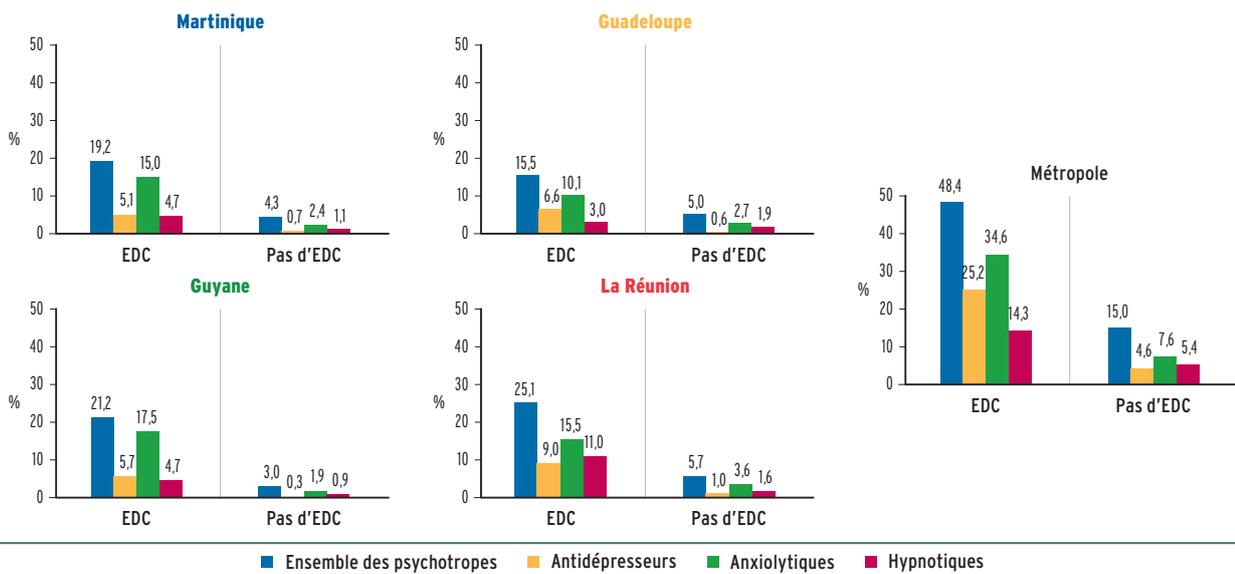
Source : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

analyses, selon la présence ou non d'un EDC, n'ont pas été conduites pour les thymorégulateurs et les neuroleptiques, faute d'effectifs suffisants.

En comparaison avec la métropole, quel que soit le type de psychotrope considéré et quelle que soit la popula-

tion d'étude (EDC ou non EDC), les consommations sont en proportion moins élevées dans les DOM (p < 0,001). Seule la part d'hypnotiques consommés à La Réunion dans le cas des individus déclarant un EDC ne diffère pas de celle de métropole.

**FIGURE 11** Type de psychotropes consommés, selon le fait d'avoir ou non vécu un EDC au cours des 12 derniers mois, dans les DOM (2014) et en métropole (2010), parmi les 15-75 ans



Sources : Baromètre santé 2010, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

## Recours aux psychothérapies

### Taux de recours aux psychothérapies

En 2014, dans les DOM, 8,9 % des Martiniquais et 10,6 % des Guadeloupéens déclarent avoir eu recours à une psychothérapie au cours de leur vie. Ces proportions sont plus élevées chez les femmes (11,0 % en Martinique et 13,2 % en Guadeloupe) que chez les hommes (6,3 % en Martinique et 7,5 % en Guadeloupe) ( $p < 0,001$ ). En Guadeloupe, la proportion d'individus ayant déjà eu recours à une psychothérapie n'est pas différente de celle enregistrée en métropole en 2010 (11,6 % au global, 8,1 % chez les hommes et 14,9 % chez les femmes). En revanche, en Martinique, les taux observés pour les femmes sont inférieurs à ceux de l'Hexagone ( $p < 0,001$ ).

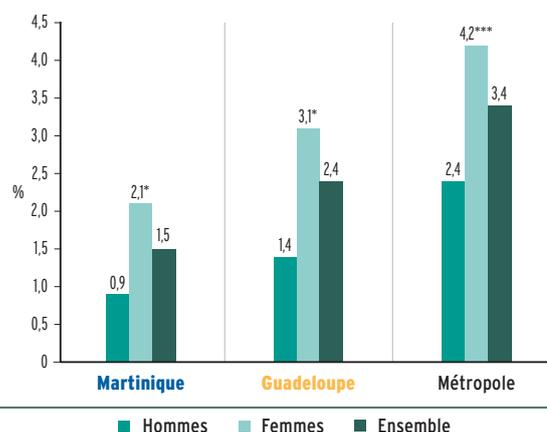
Au cours des douze derniers mois, 1,5 % des

Martiniquais et 2,4 % des Guadeloupéens déclarent avoir eu recours à une psychothérapie dans l'année, les femmes étant en proportion plus nombreuses que les hommes dans les deux départements [figure 12]. En comparaison avec la métropole, le recours à une psychothérapie est moins élevé en Martinique ( $p < 0,001$ ) et en Guadeloupe ( $p < 0,01$ ). Le détail par sexe montre cependant que cette tendance n'est observée que chez les hommes martiniquais ( $p < 0,01$ ) et les femmes martiniquaises ( $p < 0,001$ ), en comparaison avec leurs homologues de métropole.

### Psychothérapies et épisodes dépressifs caractérisés aux Antilles

Quel que soit le DOM, la part des individus ayant suivi une psychothérapie au cours des douze derniers mois est plus

**FIGURE 12** Psychothérapies suivies au cours des douze derniers mois dans les DOM (Martinique et Guadeloupe, 2014) et en métropole (2010), selon le sexe, parmi les 15-75 ans



\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ . Significativité pour la comparaison des prévalences selon le sexe, par DOM et en métropole.

Sources : Baromètre santé 2010, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

élevée chez ceux qui ont vécu un épisode dépressif caractérisé dans l'année (Martinique : 6,3 % et Guadeloupe : 10,1 %), que chez ceux qui n'en ont pas vécu (Martinique : 1,2 % et Guadeloupe : 1,8 % ;  $p < 0,001$ ).

En métropole, en 2010, 11,1 % des individus souffrant d'un EDC déclaraient avoir suivi une psychothérapie au cours de la même période, contre 2,7 % chez ceux n'ayant pas vécu un tel épisode.

## DISCUSSION

Ce chapitre présente un état des lieux de la santé mentale des populations d'outre-mer fondé sur l'analyse de quatre indicateurs : les états dépressifs caractérisés, les pensées suicidaires, les tentatives de suicide (au cours de la vie et des douze derniers mois) et le recours aux soins pour raison de santé mentale.

Quelques résultats principaux se dégagent de cette analyse : (1) une situation globalement plus favorable aux Antilles et en Guyane qu'en métropole, avec une plus faible prévalence des épisodes dépressifs caractérisés et des tentatives de suicide au cours de la vie ; (2) une situation spécifique de La Réunion, avec des niveaux de prévalence d'épisodes dépressifs caractérisés et de tentatives de suicide au cours de la vie qui ne diffèrent pas de ceux de la métropole ; (3) une distribution des prévalences des épisodes dépressifs et des pensées suicidaires selon les tranches d'âge différente de celle de métropole, avec des prévalences plus élevées chez les plus jeunes (15-45 ans), en comparaison des plus âgés ; (4) un moindre recours aux soins des personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé dans les départements d'outre-mer en comparaison avec la métropole ; (5) une consommation de psychotropes au cours de la vie et dans l'année en proportion moins importante dans les DOM que dans l'Hexagone. Nous discuterons ces principaux résultats et tenterons de dégager quelques pistes de réflexion pour l'orientation des politiques de prévention.

### AUX ANTILLES ET EN GUYANE, DES CONDUITES SUICIDAIRES ET DES ÉPISODES DÉPRESSIFS MOINS PRÉVALENTS QU'EN MÉTROPOLÉ

En 2014, quel que soit le département, environ une personne sur quinze souffre d'un épisode dépressif caractérisé, environ une sur vingt déclare avoir déjà eu des pensées suicidaires dans l'année et plus d'une sur quinze avoir tenté de se suicider au cours de sa vie, avec néanmoins des variations entre les départements. En comparaison avec la métropole, ces données mettent en évidence une situation globalement plus favorable aux Antilles et en Guyane en ce qui concerne les prévalences d'épisodes dépressifs caractérisés et de tentatives de suicide au cours de la vie. Ce constat n'est pas retrouvé pour les pensées suicidaires et les tentatives de suicide dans l'année.

Au début des années 2000, l'étude « *Santé Mentale en Population Générale* » (SMPG) réalisée par le Centre Collaborateur OMS sur la santé mentale et la Drees

En comparaison avec la métropole, aucune différence significative ne ressort sur les taux de recours à une psychothérapie dans le cas de la population des individus ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois. En revanche, ces proportions sont plus élevées en métropole, en comparaison avec la Martinique ( $p < 0,001$ ) et la Guadeloupe ( $p < 0,05$ ), chez les individus ne déclarant pas d'EDC dans l'année.

recueillait des données de prévalences sur les épisodes dépressifs et les tentatives de suicide au cours de la vie. Cette étude était conduite en population générale âgée de 18 ans et plus en Martinique, à La Réunion et en métropole. Les épisodes dépressifs y étaient mesurés au cours des deux dernières semaines, à l'aide du Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini). Si les données de cette enquête ne peuvent être directement comparées à celles du Baromètre santé DOM, du fait des différences méthodologiques entre les deux enquêtes (échantillonnage, mode de recueil des données et outils de mesures), elles permettent toutefois d'analyser les écarts de prévalences DOM/métropole observés au sein de chacune de ces deux enquêtes. Ainsi, selon les données de l'enquête SMPG, la prévalence des épisodes dépressifs était de 13,2 % en Martinique et de 11,0 % à La Réunion [16, 17]. Ces taux, contrairement aux données du Baromètre DOM 2014, étaient proches de ceux enregistrés en métropole sur la même période (11,2 %). Concernant les comportements suicidaires, les données de l'enquête SMPG estimaient pour la Martinique une prévalence de tentatives de suicide au cours de la vie de 4,4 %, moins importante que celle observée dans le volet métropolitain de la même enquête (8,0 %) [18], en cohérence avec les données de notre étude.

La surveillance des hospitalisations pour tentatives de suicide fournit également des éléments de comparaison entre les DOM et la métropole. En 2013, c'est en Guadeloupe (hommes : 4,0/10 000 « Personnes Années » (PA) et femmes : 6,7/10 000 PA) et Guyane (hommes : 4,4/10 000 PA et femmes : 4,3/10 000 PA) que ces taux d'hospitalisation étaient les plus bas, avec des niveaux inférieurs à ceux enregistrés en métropole (hommes : 12,4/10 000 PA et femmes : 18,9/10 000 PA) <sup>2</sup> [12]. Ces données confirment un niveau de prévalences des conduites suicidaires (en l'occurrence, celles ayant conduit à une hospitalisation), qui semble plus faible qu'en métropole.

L'étude concomitante de l'état de santé de ces quatre départements d'outre-mer ne doit pas faire oublier la singularité de chacun des territoires. Néanmoins, ces départements partagent de nombreuses caractéristiques communes, notamment sur le plan socioéconomique. En 2011, quel que soit le DOM, le taux de chômage était

2. La Martinique n'est pas considérée pour la présentation des résultats sur les hospitalisations. En effet, des erreurs de codage chez les hommes pourraient expliquer des taux anormalement élevés d'hospitalisations pour les tentatives de suicide en Martinique (11,3 pour 10 000). Des hospitalisations pour intoxication alcoolique chez les hommes auraient été codées en hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication ou exposition à l'alcool (X65) par erreur.

près de trois fois supérieur et les proportions d'allocataires ou de personnes bénéficiant de prestations sociales près de deux fois plus importantes que dans l'Hexagone [19]. Malgré de tels constats, et compte tenu des associations rapportées entre populations économiquement défavorisées et épisode dépressif [20] ou comportements suicidaires [12, 21-23], l'état de santé mentale aux Antilles et en Guyane apparaît meilleur qu'en métropole. Différentes hypothèses ont été avancées pour interpréter ces écarts. La place prépondérante de la religion, le sentiment d'appartenance à une culture commune forte (créole dans le cas des Antilles) et plus généralement l'importance des cohésions sociales (communautaires et familiales) pourraient jouer un rôle protecteur sur la santé mentale [18]. Une autre hypothèse serait celle d'une sous-déclaration des problèmes de santé mentale, en raison de l'existence d'une stigmatisation et d'un « tabou » associé à la maladie mentale. Celui-ci serait renforcé par une interconnaissance forte entre les individus (« tout le monde connaît tout le monde »), caractéristique de ces territoires, qui tendrait à limiter l'expression d'une santé mentale dégradée dans les enquêtes. Cet impact de l'interconnaissance a notamment été évoqué pour les Outre-mer dans le cas des déclarations de violences conjugales [24].

### **DAVANTAGE DE PRÉVALENCE D'ÉPISODES DÉPRESSIFS ET DE CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES JEUNES**

En 2014, nos données suggèrent que les Antillais et les Guyanais ont une meilleure « santé mentale » que les métropolitains. Des nuances sont cependant observées selon les classes d'âge. Ainsi, pour les épisodes dépressifs comme pour les pensées suicidaires, seuls les plus de 45 ans enregistrent globalement des prévalences plus basses que leurs homologues de métropole. Au contraire, chez les plus jeunes (15-30 et 31-45 ans), les niveaux observés sur ces deux indicateurs sont équivalents à ceux enregistrés dans l'Hexagone.

À notre connaissance, aucune autre étude conduite en population générale n'apporte d'éléments de comparaison depuis l'enquête SMPG de 2004. Aux Antilles, une enquête mise en place auprès des jeunes inscrits à la mutuelle des étudiants LMDE (2007-2008), indiquait des prévalences de pensées suicidaires dans l'année jusqu'à près de deux fois supérieures à ce qui était observé en métropole, dressant un bilan encore plus défavorable pour les jeunes des Antilles [25]. Ces données n'étaient cependant pas représentatives de la situation des jeunes martiniquais et guadeloupéens, seuls les étudiants inscrits à cette mutuelle ayant été interrogés.

Comprendre les raisons pour lesquelles la santé mentale des « jeunes » (15-30 ans et 31-45 ans) des Antilles et de Guyane est plus dégradée que celle de leurs aînés en ce qui concerne les épisodes dépressifs et les pensées suicidaires, alors que l'on observe la tendance inverse en métropole, nécessiterait des investigations supplémentaires. On peut toutefois évoquer la précarité économique dans les DOM, les plus jeunes (moins de 20 ans) enregistrant des niveaux de chômage très élevés (jusqu'à 70 % en Martinique en 2011). Enfin, les DOM sont décrits comme

des territoires marqués par des « modifications dans l'équilibre des âges, des transformations des structures familiales, (...), un affaiblissement des solidarités traditionnelles, autant qu'une évolution des codes sociaux et culturels propres à chacun de ces territoires » [26] dont les retentissements impacteraient davantage les populations jeunes.

### **LE CAS PARTICULIER DE LA RÉUNION**

À La Réunion, la situation sur les indicateurs de santé mentale suivis ne diffère globalement pas de celle de l'Hexagone. Bien que l'exception réunionnaise reste complexe à interpréter, quelques éléments de compréhension peuvent être avancés. Dans le cas des Antilles et de la Guyane, l'effet bénéfique et « compensateur » des fortes cohésions sociales a été mis en avant pour expliquer les écarts avec la métropole. Comme les autres DOM, La Réunion est décrite comme un territoire marqué par un sentiment d'appartenance à une identité culturelle forte. En revanche, l'île de La Réunion se distingue des autres territoires par un multiculturalisme important, avec une grande diversité de communautés, la différenciant des Antilles, où une culture créole est prédominante. La situation économique de La Réunion a également été décrite comme « hors norme » en termes de précarité, se détachant de l'ensemble des autres départements sur des indicateurs tels que le taux de pauvreté ou encore le taux de chômage [27].

### **DES CONDUITES SUICIDAIRES ET DES ÉPISODES DÉPRESSIFS CARACTÉRISÉS PLUS PRÉVALENTS CHEZ LES FEMMES**

Dans les DOM, les femmes sont en proportion plus nombreuses à déclarer un épisode dépressif ou un comportement suicidaire. Ce résultat est systématiquement retrouvé dans les précédentes études transversales conduites en métropole sur la période 2000-2010 (Baromètres Santé 2005 et 2010, enquête Anadep conduite auprès des 15-75 ans en 2005, volet français de l'étude épidémiologique *European Study of the Epidemiology of Mental disorders* (ESEMED) chez les plus de 18 ans) [3, 8, 28-30]. Parmi les différents arguments avancés pour interpréter ces écarts apparaissent des niveaux socioéconomiques moins élevés chez les femmes que chez les hommes (chômage plus marqué, salaires moins élevés à situations égales, etc.) [31]. D'autres interprétations, en termes de rôles sociaux, de stratégies de gestion du stress, d'expression des ressentis ou de symptomatologies différenciées selon le sexe [29, 32, 33] pourraient également expliquer les différences observées.

Les écarts de prévalences entre les hommes et les femmes semblent globalement plus marqués dans les territoires d'outre-mer qu'en métropole, en particulier dans le cas des tentatives de suicide au cours de la vie (à l'exception de la Martinique, où les écarts hommes/femmes sont moins importants). D'après certains indicateurs socioéconomiques, comme le taux de chômage, les inégalités sociales hommes/femmes semblent plus importantes dans les DOM qu'en métropole [31]. Une autre hypothèse repose sur la situation des femmes

au sein des modèles familiaux dans les DOM. Ainsi, aux Antilles, la monoparentalité est plus fréquente et la présence d'un homme assurant le rôle de père ou d'époux moins souvent assurée. Enfin, un pluripartenariat hétérosexuel masculin tiendrait également une place importante dans la vie conjugale. Il serait associé à des conflits et des violences domestiques [34] qui sont par ailleurs des déterminants potentiels des conduites suicidaires.

### **FACTEURS ASSOCIÉS AUX CONDUITES SUICIDAIRES ET AUX ÉPISODES DÉPRESSIFS CARACTÉRISÉS**

Les résultats relatifs aux facteurs associés aux épisodes dépressifs et aux conduites suicidaires dans les DOM varient en fonction des départements. Ainsi, le fait d'être au chômage, ou le fait d'être divorcé ou encore de vivre seul, facteurs généralement associés à une santé mentale dégradée dans les enquêtes en population générale [3, 8, 21-23, 29], sont associés aux épisodes dépressifs ou aux comportements suicidaires dans certains DOM uniquement. Ce constat est sans doute en partie lié à la faiblesse des effectifs. Il en est de même pour les consommations à risque (alcool et tabac), pour lesquelles les résultats varient selon le territoire considéré. Ainsi, le fait de fumer quotidiennement est associé aux épisodes dépressifs à La Réunion et en Martinique, avoir une consommation d'alcool à risque est lié aux épisodes dépressifs à La Réunion et aux pensées suicidaires en Martinique, en Guyane et à La Réunion. Dans la littérature, les troubles liés à la consommation d'alcool sont également souvent associés à une santé mentale dégradée [35, 36]. En métropole, les données de l'enquête Anadep en 2005 ont ainsi rapporté une forte comorbidité entre le risque dépressif et ce type de trouble. De même, les données du Baromètre santé 2010 ont montré l'existence de liens entre les déclarations de comportements suicidaires et les consommations à risque d'alcool, selon le même critère que celui utilisé dans notre étude, l'Audit-C [8]. Dans le cas de la consommation de tabac, les résultats sont moins nets, bien que certaines études conduites en métropole, notamment le Baromètre santé 2010, aient également observé un risque plus important de déclarer un épisode dépressif ou un comportement suicidaire (pensées et tentatives de suicide) pour les individus déclarant fumer quotidiennement [8].

### **UN PLUS FAIBLE RECOURS AUX SOINS EN CAS D'ÉPISODE DÉPRESSIF**

Dans les DOM, les individus ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois sont en proportion plus de la moitié à déclarer ne pas avoir eu recours à une structure d'aide ou à un professionnel de santé pour ce problème. Ce non-recours aux soins était moins élevé en métropole en 2010 (environ 40 %). Concernant la consommation d'antidépresseurs dans les DOM, moins de 10 % des personnes ayant connu un EDC déclarent avoir eu recours à un tel traitement, contre plus de 25 % en métropole en 2010. Aux Antilles, des proportions assez faibles de suivi d'une psychothérapie chez les individus déclarant un

EDC au cours des douze derniers mois ont été rapportées (6,3 % en Martinique et 10,1 % en Guadeloupe), sans cependant qu'une différence ne soit notée avec la métropole en 2010.

Si nos données permettent difficilement d'apprécier l'adéquation des traitements des épisodes dépressifs caractérisés aux recommandations de la HAS [37], elles suggèrent cependant un déficit de recours aux soins en cas d'épisode dépressif dans les DOM en comparaison à la métropole. Ces résultats sont à mettre en parallèle avec la densité de professionnels de santé mentale observée sur ces territoires. À titre d'exemple, les quatre DOM enregistraient parmi les densités standardisées de psychiatres les plus faibles des départements français en 2010 selon l'Insee (d'1 psychiatre pour 100 000 habitants en Guyane à 4 à la Réunion, contre 10 pour la moyenne nationale) [38].

Lorsqu'on s'intéresse aux individus qui ont tenté de se suicider dans l'année, l'absence de recours à un service de soins concerne près d'un individu sur deux. Ce faible taux de recours aux soins suite à une tentative de suicide est également observé en métropole. Afin d'améliorer le suivi des personnes suicidaires et de tenter de réduire les taux de récurrences, des dispositifs de veille et de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation sont en cours d'expérimentation et de déploiement en métropole et à la Martinique (dispositif Vigilans par exemple).

### **DES CONSOMMATIONS DE PSYCHOTROPES MOINS ÉLEVÉES QUE CELLES OBSERVÉES EN MÉTROPOLE**

Les prévalences de consommation de psychotropes au cours de la vie et dans l'année sont moins élevées dans les DOM qu'en métropole. Cette tendance est observée aussi bien chez ceux déclarant un EDC au cours des douze derniers mois que chez ceux ne déclarant pas d'EDC. La moindre consommation de psychotropes dans les DOM serait donc en partie liée à un déficit de recours ou d'accès aux soins chez les personnes en situation de souffrance psychologique.

La répartition par classe de psychotropes consommés est en revanche similaire à celle de métropole (prédominance des anxiolytiques, suivis des antidépresseurs et des hypnotiques chez ceux déclarant un EDC, vs prédominance des anxiolytiques, suivis des hypnotiques et des antidépresseurs chez ceux ne déclarant pas d'EDC).

Concernant les profils de consommateurs, des similitudes apparaissent entre les DOM et la métropole, avec une prédominance de la consommation chez les femmes. Elle pourrait être liée à une tendance plus marquée chez les femmes à identifier et à reconnaître une souffrance de nature psychique, ou liée à des problèmes relationnels, ce qui les pousserait davantage à avoir recours aux soins pour ces problèmes spécifiques [39]. À l'exception de la Guyane, les jeunes de 15-30 ans se voient moins souvent prescrire des psychotropes. Ce résultat rejoint les données métropolitaines qui montrent une augmentation de la consommation avec l'âge, avant de se stabiliser autour de la soixantaine [40]. Enfin, au niveau des critères socioéco-

nomiques, peu de tendances communes ressortent entre les départements : sont associés à une plus grande probabilité de déclarer une consommation de psychotropes dans l'année le fait d'être au chômage (*vs* actifs occupés) en Martinique, le fait d'avoir un diplôme supérieur au bac (*vs* aucun diplôme) en Martinique et en Guyane, le fait d'appartenir au troisième tercile le plus élevé en matière de revenus par unité de consommation aux Antilles. En

2005, les données du Baromètre santé rapportaient une association entre le fait d'être au chômage et la consommation de psychotropes, ce qui n'était pas le cas à partir des données de 2010. Concernant les catégories socio-professionnelles, les données métropolitaines des précédents Baromètres santé indiquaient des consommations de psychotropes plus élevées parmi les ouvriers, les employés et les professions intermédiaires [40].

## CONCLUSION

Cette extension du Baromètre santé dans les DOM a permis de poser des données de cadrage actualisées sur la santé mentale des populations résidant dans les DOM en 2014, en s'intéressant à l'épisode dépressif, aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide. Les comparaisons avec la métropole, à l'exception de La Réunion, ont fait ressortir des niveaux globalement moins élevés de mal-être dans les DOM. Néanmoins, certaines catégories de populations, en particulier les plus jeunes, sont autant touchés qu'en France métropolitaine par des épisodes dépressifs et des pensées suicidaires et semblent plus vulnérables que leurs aînés. De la même façon, les femmes déclarent davantage de mal-être. Si cette tendance est retrouvée dans l'ensemble des enquêtes nationales et internationales, cet écart hommes-femmes semble très marqué dans les DOM. Par ailleurs, des facteurs généralement associés aux épisodes dépressifs, aux pensées

ou aux tentatives de suicide, comme la situation socio-économique, n'ont pas toujours été retrouvés dans nos analyses. La taille restreinte de l'échantillon a sans doute limité notre capacité à observer des différences significatives, en particulier concernant les tentatives de suicide. Enfin, le recours aux soins pour raison de santé mentale est moins important dans les DOM qu'en métropole. Ces données illustrent peut-être une meilleure santé mentale dans les territoires d'outre-mer, mais également un déficit d'accès ou de recours aux soins, notamment en cas d'épisode dépressif. Nos résultats témoignent ainsi de la nécessité d'améliorer la prévention et la prise en charge des troubles dépressifs et des conduites suicidaires, en particulier sur certains territoires comme à La Réunion et auprès de certains segments de population, en particulier les jeunes et les femmes, notamment aux Antilles et en Guyane.

## SOURCES ET RÉFÉRENCES

- Du Roscoät E., Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, vol. 61, n° 4 : p. 363-374.
- Ferrari A.J., Charlson F.J., Norman R.E., Patten S.B., Freedman G., Murray C.J.L., et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine*, 2013, vol. 10, n° 11 : e1001547.
- Beck F., Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La santé de l'homme*, 2012, n° 421 : p. 43-45.
- Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M.R., et al. No health without mental health. *The Lancet*, 2007, vol. 370, n° 9590 : p. 859-877.
- Chan Chee C., Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscur@ 2007-2011. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2014 : 51 p.
- Organisation mondiale de la Santé. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Genève : OMS, 2014 : 90p.
- Kapur N., Cooper J., King-Hele S., Webb R., Lawlor M., Rodway C., et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006, vol. 67, n° 10 : p. 1599-1609.
- Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2011, n° 47-48 : p. 488-492.
- Observatoire de la santé de la Martinique. *Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens de la Martinique. ETADAM 2003-2004 : enquête sur le tabac, l'alcool et les autres drogues à la Martinique*. Lamentin : OSM, 2005 : 35 p.
- Nacher M., Adriouch L., Godard Sebillothe C., Hanf M., Vantilcke V., El Guedj M., et al. Predictive factors and incidence of anxiety and depression in a cohort of HIV-positive patients in French Guiana. *AIDS care*, 2010, vol. 22, n° 9 : p. 1086-1092.
- Archimbaud A., Chapelaine M. *Suicides des jeunes Amérindiens en Guyane française : 37 propositions pour enrayer ces drames et créer les conditions d'un mieux-être*. Paris : République française, novembre 2015 : 167 p.
- Observatoire national du suicide. *Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives*. 2<sup>e</sup> rapport. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, février 2016 : 479 p.
- Richard J.-B., Andler R. *Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires, 2015 : 16 p.
- Patten S.B. Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in community and clinical samples. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 1997, vol. 18, n° 3 : p. 109-112.
- American Psychiatric Association (APA), Guefi J.-D. (trad.). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux : Masson, 1996 : 1008 p.
- Observatoire de la santé de la Martinique. *La santé mentale et le suicide*. Lamentin : OSM, coll. Santé observée, 2012 : 3 p.
- Direction régionale des affaires sanitaires et sociales. *Tableau de bord de la maladie mentale à La Réunion*. Saint-Denis : DRASS, 2005 : 14 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 research*, 2011, vol. 190, n° 2 : p. 271-274.
- Creusvaux H. La santé en outre-mer. Dossier. L'outre-mer : territoires et populations. *Actualité et dossier en santé publique*, 2015, n° 91 : p. 10-26.
- Kessler R.C., Bromet E.J. The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 2013, vol. 34 : p. 119-138.
- Turecki G., Brent D.A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 2016, vol. 387, n° 10024 : p. 1227-1239.
- Nock M.K., Borges G., Bromet E.J., Cha C.B., Kessler R.C., Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 2008, vol. 30, n° 1 : p. 133-154.
- Borges G., Nock M.K., Abad J.M.H., Hwang I., Sampson N.A., Alonso J., et al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *The Journal of clinical psychiatry*, 2010, vol. 71, n° 12 : p. 1617-1628.
- Condon S. Focus-Enjeux d'une enquête sur les violences de genre dans les départements d'outre-mer. *Informations sociales*, 2014, n° 6 : p. 36-39.
- La Mutuelle des Étudiants. *Enquête sur la santé des étudiants de l'Outre-mer (premiers résultats) : Mieux vous connaître pour mieux vous protéger*. Paris : LMDE, 2008 : 7 p.

26. Marie C.-V. Des « Nés » aux « Originaires » Dom en métropole : les effets de cinquante ans d'une politique publique ininterrompue d'émigration. *Informations sociales*, 2014, n° 6 : p. 40-48.
27. Actif N., Ah-Woane M., Insee. Indicateurs sociaux départementaux à La Réunion - Une situation sociale hors norme. *Insee partenaires*, 2013, n° 25 : p. 1-4.
28. Beck F., Guilbert P., Gautier A. *Baromètre santé 2005*. Inpes, coll. Baromètre santé, 2007 : 593 p.
29. Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*. Saint Denis : Inpes, coll. Études santé, 2009 : 203 p.
30. Lépine J.-P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Nègre-Pagès L., Nachbaur G., et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *L'Encéphale*, 2005, vol. 31, n° 2 : p. 182-194.
31. L'Horty Y. *La persistance du chômage ultra-marin*. Marne-la-Vallée : Travail, emploi et politiques publiques, 2014 : 20 p.
32. Kessler R.C. Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*, 2003, vol. 74, n° 1 : p. 5-13.
33. Higgitt R. Suicide et genre : un aperçu des analyses de Silvia Sara Canetto. *Recherches sociographiques*, 2007, vol. 48, n° 3 : p. 184-188.
34. Lefaucheur N. Situation des femmes, pluripartenariat et violences conjugales aux Antilles. *Informations sociales*, 2014, n° 6 : p. 28-35.
35. Borges G., Loera C.R. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Current Opinion in Psychiatry*, 2010, vol. 23, n° 3 : p.195-204.
36. Boden J.M., Fergusson D.M. Alcohol and depression. *Addiction*, 2011, vol. 106, n°5 : p.906-914.
37. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations*. Saint-Denis : Anaes, 2002 : 13 p.
38. Tantin-Machecler M., Camus M. *L'offre globale de soins*. Paris : Institut national de la statistique et des études économiques, coll. Insee dossier Guadeloupe, n° 3, Octobre 2014 : 4 p.
39. Beck F., Guignard R., Haxaire C., Le Moigne P. Les Consommations de médicaments psychotropes en France. *La Santé en action*, 2014, n° 427 : p. 47-49.
40. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2012 : 586 p.

## REMERCIEMENTS

**Louis Jehel** (CHUM Fort de France) pour sa relecture attentive du chapitre et ses suggestions.

Sources et références

**Manon Jeuland** (Santé publique France)

Édition

**Jeanne Herr** (Santé publique France)

## POUR NOUS CITER

Robert M., Paget L.-M., Léon C., Sitbon A., Du Roscoät E., Chan Chee C. Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 22 p.