

Panorama Statistique de la Santé à Mayotte 2024

Chapitre II

Focus Santé mentale

Version 2.1.0 du 30/10/2024

Sommaire

a) Offre de soins	2
b) Recours aux soins	2
c) File active au CHM	6
d) Mortalité	6
e) Représentation de la santé mentale	7
f) Indicateurs	8
g) Consommation de tabac	10
h) Consommation d'alcool	11
i) Consommation de drogues	13
j) Le suicide	15
k) Références	16

BALICCHI Julien – Responsable du service Etudes et Statistiques de l'ARS de Mayotte

ABOUDOU Achim – Directeur de l'ORS de Mayotte

AHAMADA Zelda – Chargée d'études et Documentaliste de l'ORS de Mayotte

NZABA-LOUNDOU Herman-Gickel – Chargé d'études de l'ARS de Mayotte

TOIBIBOU Zaïna – Chargé d'études de l'ARS de Mayotte

a) Offre de soins

Le secteur Psychiatrie, seul sur l'île sous pilotage du CHM, a traversé de mai 2020 à juin 2022 des difficultés structurelles et de départs en nombre de ses professionnels. De nombreuses réorganisations de ses services, équipes mobiles et consultations ambulatoires, ont été réalisées pour s'adapter à la situation du moment.

Néanmoins et au travers de la dynamique de la validation du PTSM de Mayotte, par l'ARS en 2020, le CHM s'est engagé dans une transformation de son service de psychiatrie en un pôle de Santé Mentale. En 2023, la densité des psychologues est de **23 professionnels pour 100 000 habitants**, cinq fois inférieure à celle de l'Hexagone (108), et reste stable depuis 2017 (19). En 2022, **10 lits pour la psychiatrie sont disponibles**.

Le **nombre de séjours a doublé** entre 2013 (151) et 2020 (315), cependant il diminue ensuite (-17 %) en 2023 : 263 (Tableau 1).

Le nombre d'actes, soins et interventions au **CMP** est de 9 997, soit une hausse de 18 % par rapport à 2022, dont **26 % en psychiatrie infanto-juvénile**.

On observe 2980 séjours pour l'**unité d'hospitalisation somatique**, en forte hausse de 513 %, dont **aucun en psychiatrie infanto-juvénile** (Tableau 11).

Tableau 1 : Caractéristiques des filières de prise en charge en psychiatrie à Mayotte de 2014 à 2023

Type	Structure	Psychiatrie	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Lits		Générale	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Nombre de séjours		Générale	151	170	197	223	230	299	306	315	238	215	263
Nombre d'actes, soins, interventions	CMP	Générale			11 117			6349	5024	4918	3274	4949	7402
		Infanto-juvénile						2148	1896	1143	1641	3524	2575
	Unité de consultation des services psychiatrie de	Générale						374				995	286
		Générale						2 995			227	334	1342
	CATTP	Infanto-juvénile						243			37	210	279
		Générale							2 495	747		113	275
	A domicile ou en institution substitutive domicile au	Infanto-juvénile							510	252			
		Générale			982				747	964	227	748	2980
	En unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	Infanto-juvénile							87	175	37		
		Générale											
File active – Nombres de patients vus au moins une fois dans l'année		... dont ambulatoire exclusif			3 043				1 879	2 141	1 095	1 487	1428
		Infanto-juvénile			516	639			764	671	630	709	603
		... dont ambulatoire exclusif			516				761	662	624	708	595
		Soins psychiatriques libres			98		62	110	195	151	125	65	97
Mode légal de soins – Nombre de patients		Soins psychiatriques Sur décision de représentation de l'état			14		7	19	27	10	8	13	4
		OPP						1					
		Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence			57		13	55	81	56	59	81	112
		Soins psychiatriques pour péril imminent			19		3	7	3	3	17	29	34

Source : SAE

b) Recours aux soins

Le recours aux professionnels de la santé mentale est très faible¹ : 2 % de la population en a consulté un dans l'année (7 % dans l'Hexagone) [1]. Parmi les personnes de 15 ans ou plus qui **reconnaissent** avoir connu **une dépression** dans l'année, **10 % ont eu recours** à un suivi psychologique ou psychiatrique, soit **cinq fois plus** que ceux qui ne pensent pas avoir souffert de dépression [1].

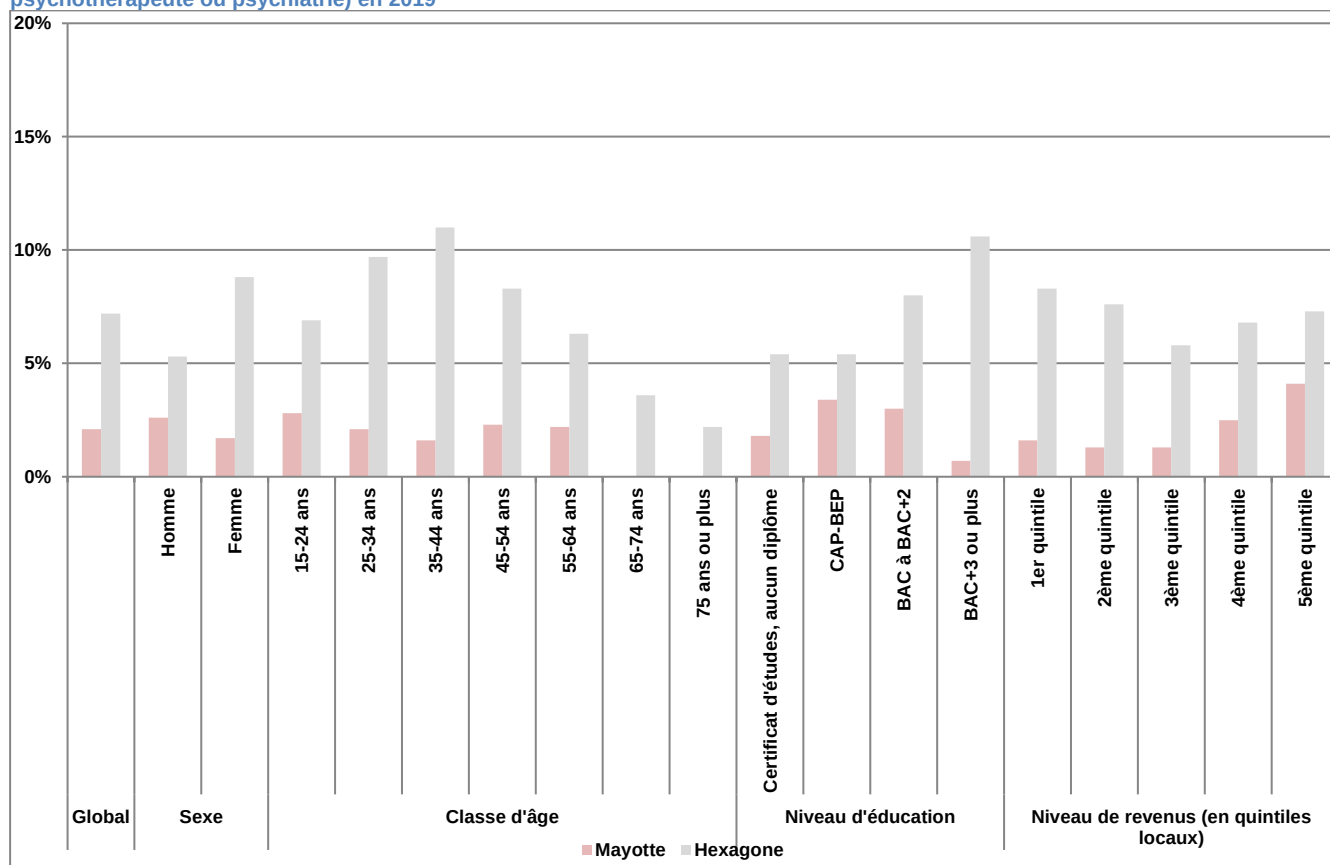
12 % des habitants ayant eu besoin d'un suivi psychologique dans l'année n'ont pas pu se le payer [1]. De plus, 17 % des personnes qui estiment avoir souffert de dépression pendant l'année écoulée ont renoncé à un suivi psychologique ou ont dû le reporter² [1].

¹ Le très faible recours aux soins de santé mentale à Mayotte pourrait tout d'abord s'expliquer par le fait que la très grande majorité des personnes souffrant d'un syndrome dépressif n'en ont pas conscience : 23 % des personnes présentant un état dépressif sévère ou modéré, reconnaissent avoir connu une dépression au cours des 12 mois précédant [1].

² 64 % d'entre elles ont ajourné des soins médicaux [1].

Une part importante de la population majeure de Mayotte ne bénéficie pas d'une complémentaire santé, ni même de la PUMA, ce qui complique l'accès aux soins. On observe d'ailleurs que 44 % des 15 ans ou plus souffrant de dépression ne sont pas couvertes, contre 34 % pour les autres [1].

Figure 1 : Taux de consultation à un professionnel de la Santé mentale à Mayotte dans l'année (psychologue, psychothérapeute ou psychiatrie) en 2019



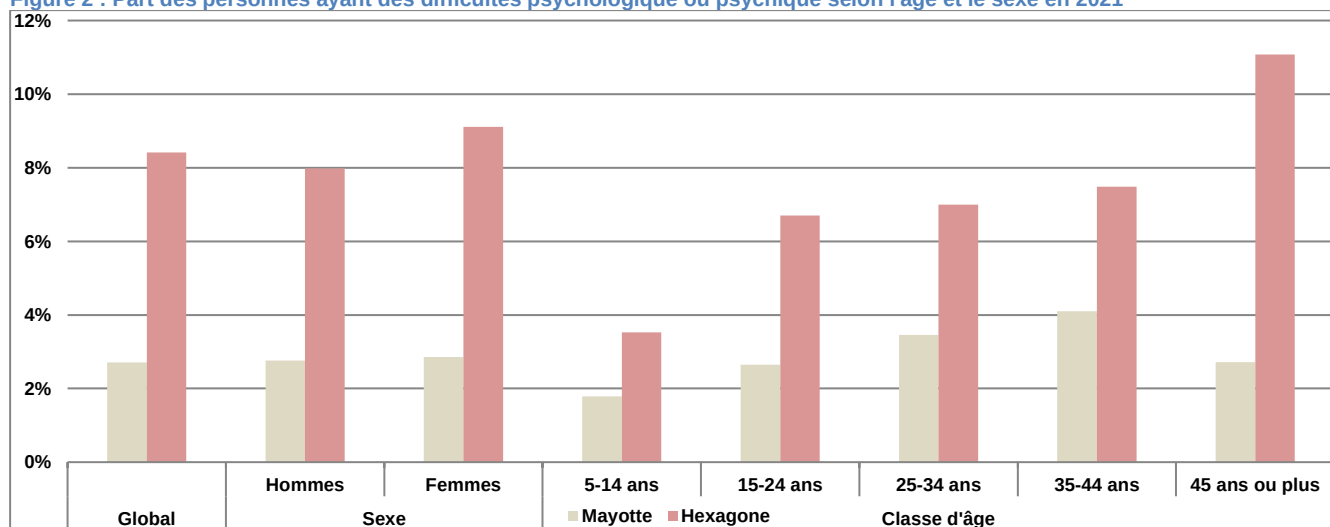
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [2]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

En 2021, **3 % de la population de 5 ans ou plus déclare avoir des difficultés psychiques ou psychologiques qui perturbent leur vie quotidienne à Mayotte³**, contre 8 % dans l'Hexagone [3]. Le taux double entre les 5-14 ans et les 35-44 ans, puis diminue chez les 45 ans ou plus [3] (Figure 2). On retrouve une **part similaire d'individus déclarant avoir été hospitalisés dans un service psychiatrique au cours des 10 dernières années⁴ à Mayotte**. Ce taux est alors **proche de celui de l'Hexagone (4 %) [3] (Figure 3)**.

Figure 2 : Part des personnes ayant des difficultés psychologique ou psychique selon l'âge et le sexe en 2021



Champ : Habitants de 5 ans ou plus de Mayotte

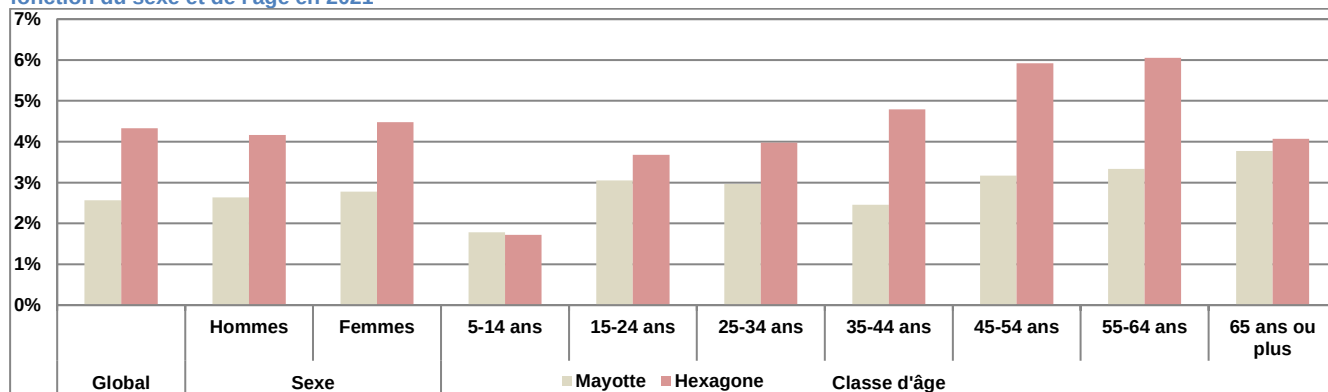
Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [4]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

³ Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière la Guyane (6 %), La Réunion (7 %), l'Hexagone, la Martinique (9 %) et la Guadeloupe (10 %).

⁴ Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière l'Hexagone, la Martinique et La Réunion (4 %), la Guadeloupe et Guyane (5 %).

Figure 3 : Part de personnes ayant été hospitalisées dans un service psychiatrique au cours des 10 dernières années en fonction du sexe et de l'âge en 2021



Champ : Habitants de 5 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [4]

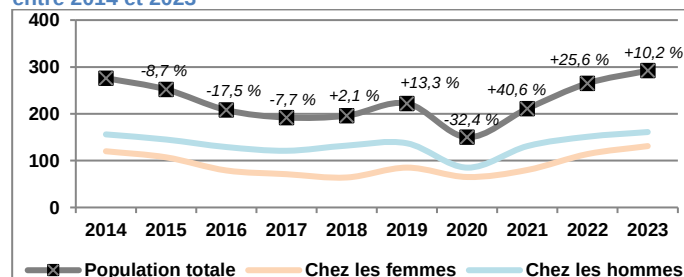
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

À Mayotte, sur la période de 2021 à 2023, les troubles mentaux représentent **1,9 % des motifs de séjour au CHM** hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulière ». **1,8 % chez les femmes et 2,0 % chez les hommes**. Dans l'Hexagone, ce taux est de 2,5 %.

La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **2,8 jours**.

Le **taux de recours standardisé** est **7,2 fois inférieur** à celui de l'Hexagone entre 2020 et 2022.

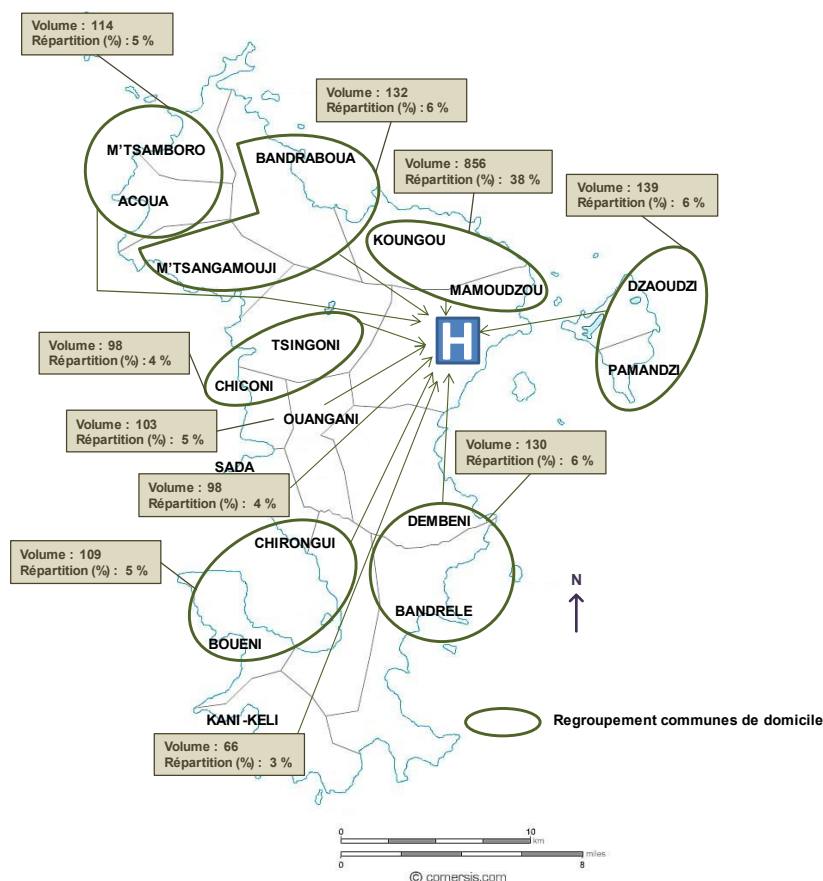
Figure 4 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « troubles mentaux et du comportement » entre 2014 et 2023



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 5 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM, par commune, pour motif « troubles mentaux et du comportement » de 2014 à 2023



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2023 des volumes associés aux « troubles mentaux et du comportement ». La somme des pourcentages donne 81 % auquel il faut rajouter 13 % de communes non renseignées et 6 % domiciliés hors territoire.

Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

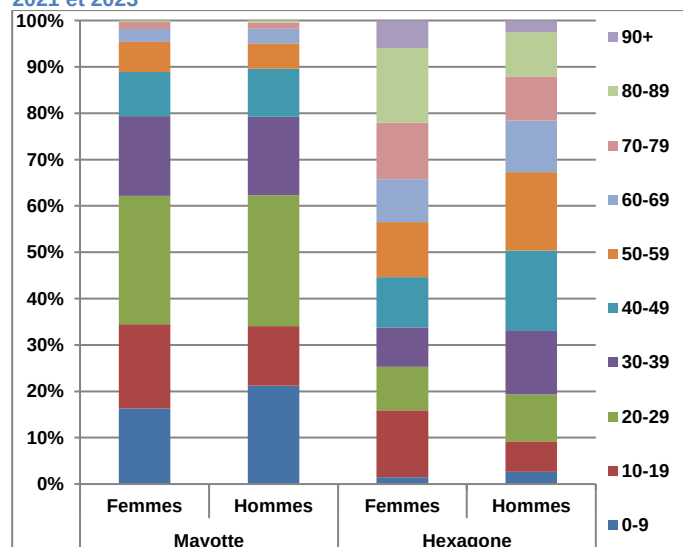
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Sur les **768** séjours liés aux « troubles mentaux » et cumulés sur la période de 2021 à 2023, **62 %** des cas concernent un individu de **moins de 30 ans** aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Figure 6).

Sur la période de 2021 à 2023, la « **schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants** » représentent **38 %** des motifs de séjours liés aux « troubles mentaux et du comportement » chez les hommes et **27 %** chez les femmes.

Chez les femmes, viennent ensuite les « **troubles de l'humeur (affectifs)** » qui en représentent **21 %**, et les « **troubles du développement psychologique** » chez les hommes, **21 %** (Tableau 2).

Figure 6 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « troubles mentaux » entre 2021 et 2023



Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Tableau 2 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « troubles mentaux et du comportement » chez les femmes et les hommes de 2021 à 2023

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	21	16	6	4
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	<10	43	2	10
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	88	169	27	38
Troubles de l'humeur (affectifs)	68	56	21	13
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	59	32	18	7
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	<10	<10	1	0
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	11	<10	3	2
Retard mental	<10	11	2	2
Troubles du développement psychologique	48	92	15	21
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	15	14	5	3
Trouble mental, sans autre indication	0	0	0	0
Total	325	443	100	100

Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Les « troubles mentaux » représentent **0,3 % des évacuations sanitaires de 2020** (0,8 % en 2019 et 0,7 % en 2018).

En **2019**, le taux standardisé pour les « **affections psychiatriques de longue durée** » chez les assurés sociaux est de **46 prises en charge⁵ pour 100 000 habitants**. Il a **augmenté de +11 points** par rapport à 2013. Il est de **6 prises en charge pour 100 000 habitants pour la « maladie de Parkinson »**, stable depuis 2013 (5) avec un creux sur 2015 (2), 2016 (0) et 2017 (3).

Il est deux fois plus important pour la « **maladie d'Alzheimer et autres démences** » : **4 prises en charge pour 100 000 habitants**, similaires à 2018 (5) et ayant **diminué de moitié** depuis 2017 (9) alors qu'il était resté stable de 2013 à cette année-là (10).

⁵ Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.

Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).

Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).

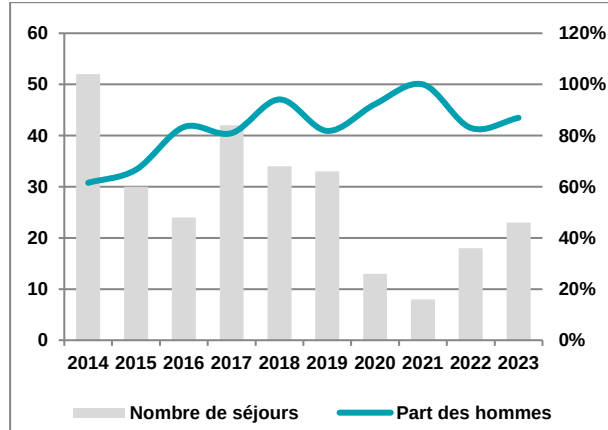
Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une CPAM en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.

c) File active au CHM

Entre 2014 et 2022, le **CHM a enregistré une hausse des séjours pour troubles mentaux liés à l'usage de substances psychoactives**, passant de 13 en 2020 à 18 en 2022, dont 83 % concernaient des hommes, et 50 % des patients étaient âgés de moins de 30 ans.

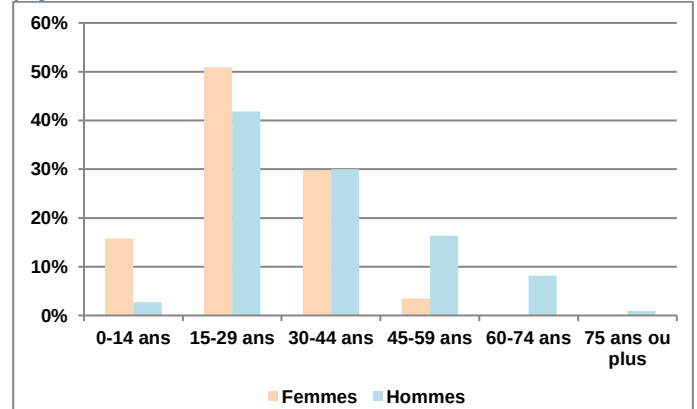
Parallèlement, en moyenne, 100 patients ont été pris en charge pour des **troubles addictifs** entre 2019 et 2021, avec une **majorité d'hommes** (80 %).

Figure 7 : Evolution du nombre de séjours au CHM pour «troubles mentaux et du comportements liés à l'utilisation de substances psychoactives» entre 2014 et 2023



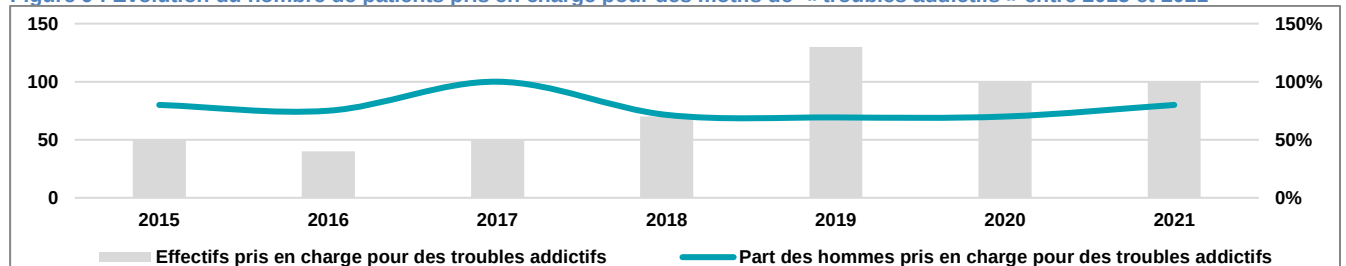
Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ORS Mayotte

Figure 8 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » entre 2014 et 2023



Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ORS Mayotte

Figure 9 : Evolution du nombre de patients pris en charge pour des motifs de « troubles addictifs » entre 2015 et 2021



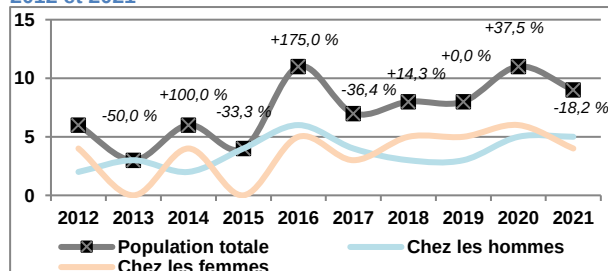
Source : Assurance maladie (Cartographie des pathologies et des dépenses)
Exploitation : ORS Mayotte

d) Mortalité

Les « **troubles mentaux et du comportement** » représentent **1,0 % des décès** sur la période de 2012 à 2021 (1,0 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes), soit 73 décès cumulés (37 hommes – 51 % – et 36 femmes – 49 % –) et, en moyenne, **7 décès par an**.

À structure de population équivalente et sur la période de 2019 à 2021, **les habitants de Mayotte meurent 1,4 fois moins** que ceux de l'Hexagone, tandis que **les habitantes de Mayotte meurent 1,1 fois plus** que celles de l'Hexagone de « troubles mentaux et du comportement ». Respectivement, ces taux sont de 1,9 et 1,0 fois moins sur la période de 2016 à 2018 [5].

Figure 10 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « troubles mentaux et du comportement » entre 2012 et 2021



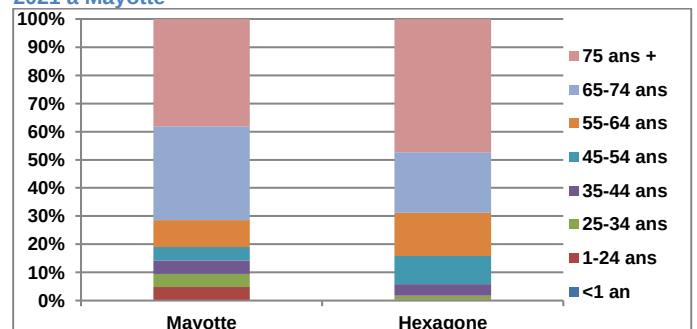
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « troubles mentaux et du comportement », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 11 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « troubles mentaux et du comportement » sur la période de 2019-2021 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « troubles mentaux et du comportement », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Sur la période de 2019 à 2021, chez les femmes comme chez les hommes, les « **troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques** » (respectivement 93 % et 46 %) sont les motifs de décès les plus fréquents. Les « **troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives** » figurent également parmi les motifs de décès fréquents chez les hommes (54 %) (Tableau 3).

Tableau 3 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « troubles mentaux et du comportement » chez les femmes et les hommes sur la période de 2019 à 2021 à Mayotte

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	14	93	<10	46
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	0	0	<10	54
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	0	0	0	0
Troubles de l'humeur (affectifs)	<10	7	0	0
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	0	0	0	0
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0	0	0	0
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	0	0	0	0
Retard mental	0	0	0	0
Troubles du développement psychologique	0	0	0	0
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	0	0	0	0
Trouble mental, sans précision	0	0	0	0
Somme 2019 à 2021	15	100	13	100

Champ : Décès domiciliés liés aux « troubles mentaux et du comportement », causes initiales de décès

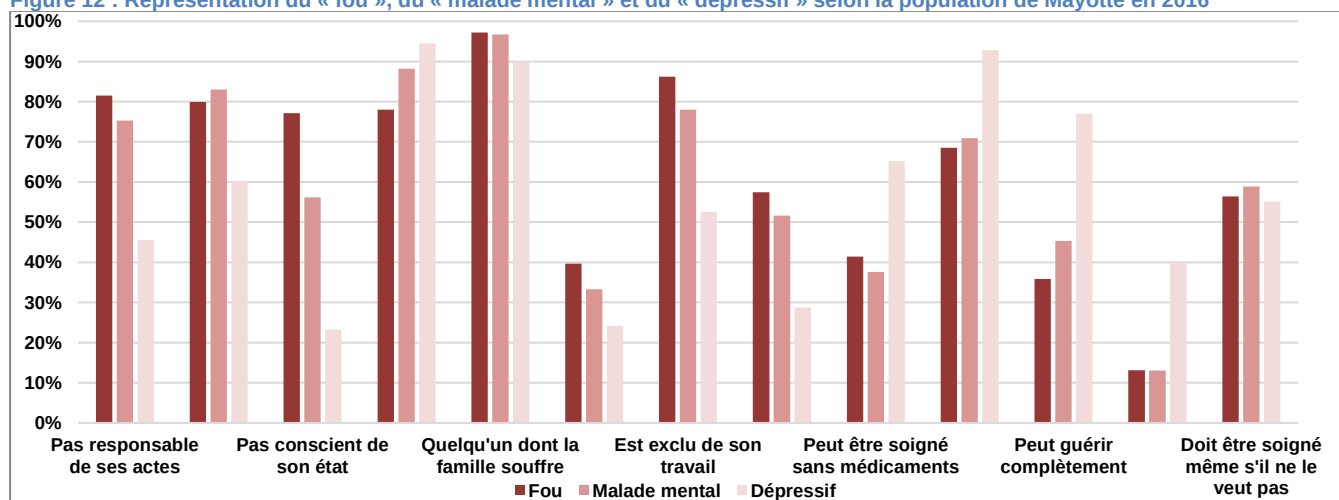
Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

e) Représentation de la santé mentale

En 2016 et selon les habitants de Mayotte, les images du « **fou** »⁶ et du « **malade mental** »⁷ sont **relativement proches**, souvent associées à la **dangerosité** et l'**anormalité** [6]. L'origine la plus fréquemment citée pour la « **folie** » est de loin l'**origine addictive**, et l'origine **physique** pour la « **maladie mentale** », suivies par les origines liées à des **événements** de vie qui sont en particulier citées en premier pour le « **dépressif** »⁸ [6].

Figure 12 : Représentation du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » selon la population de Mayotte en 2016



Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte

Source : OMS, enquête Santé mentale de 2016 [6]

Le « **fou** », le « **malade mental** » et le « **dépressif** » seraient principalement **reconnaissables à leur comportement**, perçus comme **irresponsables**, en **souffrance** et **exclus du travail** [6]. Selon les personnes, ils peuvent guérir, **mais seul le dépressif peut guérir complètement** [6]. Le **soutien relationnel** est le recours aux soins le plus fréquemment déclaré pour la « **dépression** ».

Les soins pour « **folie** » et « **maladie mentale** » nécessiteraient d'être **davantage médicalisés** (psychothérapie, médicaments, hospitalisation) [6].

Quelques points différencient néanmoins ces trois catégories (Figure 12) :

- Le « **fou** » n'est **pas responsable** de ses actes, et il est jugé **en dehors de la norme** [6] ;

⁶ Il est alors vu : comme une personne qui a perdu/jamais eu toute sa raison, intellectuellement déficient, malade de la tête/du cerveau/des pensées (absentes/envahissantes), parlant tout seul, ayant des problèmes de mémoire, instable mentalement et psychologiquement, associé à la violence dans un contexte positif et aux capacités intellectuelles dans un contexte négatif, prenant des drogues ou autres produits similaires et n'ayant pas conscience de qui l'entoure ou de ses actes [6].

⁷ Il est alors vu : comme souffrant d'une maladie/dysfonctionnement du cerveau depuis sa naissance, dangereux pour lui-même et les autres, peut et doit être soigné à l'hôpital, considéré comme « fou » mais soignable, la notion de « maladie » est également associée au « retard mental » et au « handicap intellectuel » [6]

⁸ Il est alors vu : comme menant une vie difficile, notamment parce qu'il est « pauvre », ayant des soucis, des problèmes, des événements ont bouleversé sa vie, n'arrivant pas à les surmonter ou à trouver des solutions, vu comme une personne qui s'isole, déprimée, triste, malheureux, incompris et seul [6].

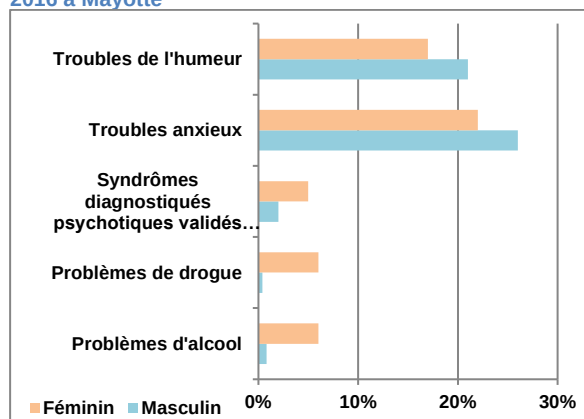
- Le « **malade mental** » est toujours vu comme **souffrant** d'une maladie présente depuis la naissance, qui a **besoin de soins** [6] ;
- Le « **dépressif** » est **victime** d'événements particuliers (stress, choc, etc.) [6].

f) Indicateurs

En 2016, **quatre adultes sur dix présentent au moins un trouble de santé mentale**, notamment chez les moins de 30 ans [6]. Les **troubles anxieux** sont les plus fréquents (24 %), suivis par les **troubles de l'humeur** (19 %) [6]. Un peu plus de **3 %** présentent un problème lié aux **drogues** (3 %) et à la consommation **d'alcool** (4 %) [6] (Tableau 4).

Si on n'observe pas de différence du risque de présenter au moins un trouble psychique en fonction du sexe, les femmes et les hommes présentent néanmoins des types de troubles différents : davantage de **troubles anxieux et dépressifs chez les femmes**, davantage de **troubles liés à l'alcool et aux drogues chez les hommes** [6] (Figure 13). Le fait d'être **célibataire, séparé, ou divorcé**, et le fait d'être **sans emploi** (40 % contre 30 % pour ceux en emploi) représente un facteur de risque d'avoir un trouble psychique [6].

Figure 13 : Prévalence des troubles selon le sexe en 2016 à Mayotte



Note : L'acronyme S.D. correspond à Syndrome dissociatif.
Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte
Source : OMS, enquête Santé mentale de 2016 [6]

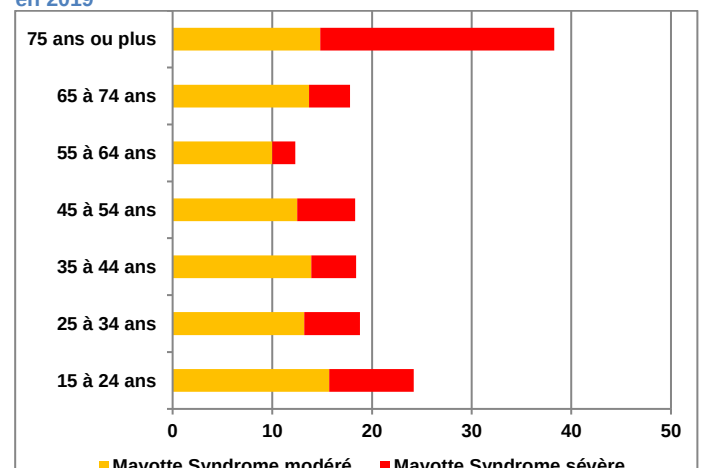
Tableau 4 : Prévalence des différents troubles repérés par le MINI chez les personnes de 18 ans et plus en 2016 à Mayotte

Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)		36 %
Troubles de l'humeur	19 %	
	Episode dépressif (2 dernières semaines)	17 %
	... Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)	6 %
	Dysthymie ⁹ (2 dernières années)	3 %
	Episode maniaque (vie entière)	2 %
Troubles anxieux		4 %
Problèmes de drogue		3 %
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	4 %	
	Syndrome psychotique isolé actuel	0,6 %
	Syndrome psychotique isolé passé	0,6 %
	Syndrome psychotique récurrent actuel	2 %
	Syndrome psychotique isolé récurrent passé	0,7 %
Risque suicidaire	10 %	
	Léger	6 %
	Moyen	2 %
Insomnie		
	Elevé	2 %
		11 %

Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte
Source : OMS, enquête Santé mentale de 2016 [6]

En 2019 et selon le PHQ9, **20 % des habitants de 15 ans ou plus présentent des symptômes dépressifs¹⁰** (22 % chez les femmes et 19 % chez les hommes, 11 % dans l'Hexagone), 17 % en 2016 selon le MINI chez les 18 ans et plus [6], et **6 % des symptômes majeurs¹¹** (4 % dans l'Hexagone), notamment les jeunes de **15 à 29 ans¹²** : 8 % contre 3 % dans l'Hexagone [7] (Figure 14).

Figure 14 : Part des habitants de Mayotte présentant un syndrome dépressif modéré¹³ ou sévère¹⁴ selon l'âge en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [2]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

⁹ La dysthymie est un trouble de l'humeur, chronique et persistant, impliquant un spectre dépressif. Elle est moins sévère qu'une dépression clinique.

¹⁰ La dépression constitue un trouble de l'humeur courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

¹¹ Sont dits « majeurs » si la personne ressent « plus de la moitié des jours »/« presque tous les jours » au moins cinq des symptômes dont un des deux premiers.

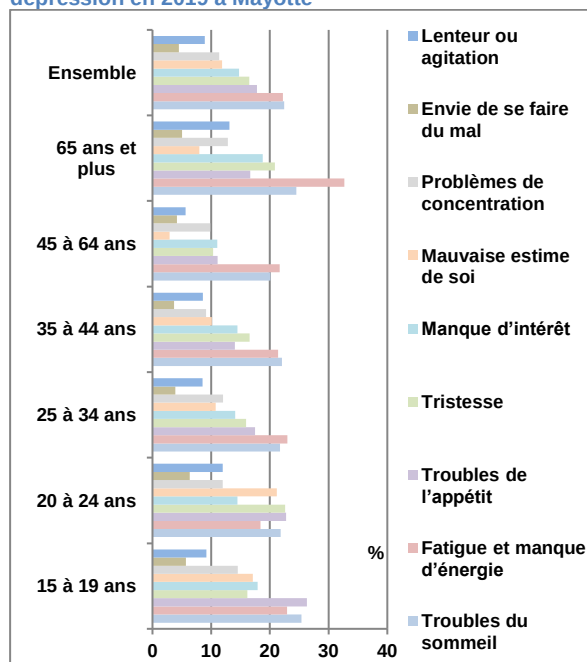
¹² La société traditionnelle à Mayotte est l'objet de « changements sociaux fondamentaux : affaiblissement des structures familiales, rupture entre les modes de vie d'une génération à l'autre, urbanisation massive et multiplication des habitats insalubres et dépourvus de confort de base » [7]. Les jeunes de moins de 20 ans sont particulièrement exposés à ces mutations sociétales ce qui peut engendrer « des conflits familiaux et sociaux (voire ruptures), des violences physiques/sexuelles, des échecs scolaires, des troubles du comportement et conduites addictives » [7].

¹³ Mayotte se situe au premier rang, devant la Guyane (19 %), la Martinique (17 %), la Guadeloupe (15 %), La Réunion et l'Hexagone (7 %).

¹⁴ Mayotte se situe au second rang, à ex-aequo avec la Martinique, derrière la Guyane (7 %) et devant la Guadeloupe, La Réunion et l'Hexagone (4 %) [7].

Dans tous les territoires, un niveau de vie plus élevé a un effet protecteur sur la présence de symptômes dépressifs, confirmant l'association entre pauvreté relative et dégradation de la santé mentale [7]. **Une fois contrôlés, le sexe et le niveau de vie, la moins bonne santé mentale des jeunes à Mayotte ne distingue plus** [7]. Chez les 15 ans ou plus, les **troubles du sommeil** sont les plus fréquents à Mayotte : **22 %** de la population, contre 18 % en **France entière** [1]. Les **troubles de l'appétit** sont également importants, **18 %** sont concernés [1]. Les deux symptômes généraux de la dépression y sont aussi plus fréquents : **16 %** des habitants déclarent s'être sentis « **tristes, déprimés ou désespérés** »¹⁵ et **15 %** estiment avoir eu « **peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses** » [1]. **22 %** de la population évoque avoir ressenti une **fatigue ou un manque d'énergie**¹⁶ [1] (Figure 15). **Le niveau de satisfaction de la vie**¹⁷ à Mayotte est faible, avec une moyenne de 5,6 chez les individus sans épisode dépressif (7,1 dans l'Hexagone) [7]. Il baisse de 1 point (4,7) chez ceux avec épisodes dépressifs mais reste en deçà du niveau hexagonal (5,3) [7].

Figure 15 : Prévalence des différents syndromes de la dépression en 2019 à Mayotte



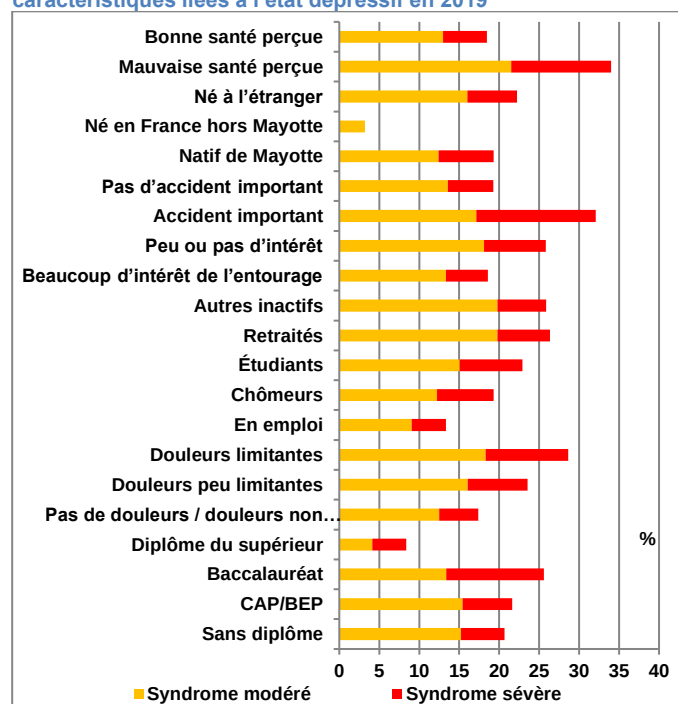
Note : Au moins la moitié des jours pendant les 15 derniers jours.

Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [2]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Figure 16 : Part des habitants de Mayotte présentant un syndrome dépressif modéré ou sévère selon les caractéristiques liées à l'état dépressif en 2019



Champ : Habitants de 15 ans et plus à Mayotte

Source : Insee, enquête EHIS de 2019 [1]

Neuf enfants de 10-12 ans¹⁸ sur dix s'estiment en bonne santé, 90 % chez les garçons et 85 % chez les filles [10]. **Logiquement dépendant de la présence de problème(s) de santé dépisté(s)**¹⁹ par les infirmier(e)s de l'Education Nationale : 3 % s'estiment en mauvaise santé chez ceux sans et 26 % pour au moins quatre dépistés. Ce sont toutefois **les filles qui sont les plus affectées** : +33 points (pour l'estimation d'une mauvaise santé) contre +15 points pour les garçons [10].

La **mauvaise qualité des nuitées**²⁰ passées a un fort retentissement, on observe **quatre fois plus** de 10-12 ans **s'estimant en mauvaise santé** : 37 % contre 9 % chez ceux déclarant avoir bien dormi la veille de l'entretien [10]. Ces problèmes de sommeil peuvent s'identifier par l'**absence du repas du soir**, ils sont alors trois fois plus concernés, et par une **litière précaire** avec un enfant sur dix dormant sur un matelas posé sur le sol ou directement sur le sol (sans matelas) [10]. Un quart des enfants met en moyenne 40 minutes à deux heures pour aller de son domicile à l'école, écourtant fortement la durée de leur nuitée [10].

Les problèmes de concentration interpellent : la moitié (55 %) en déclare [10]. Un enfant sur dix se sent mal chez lui ou à l'école, renforcé par un dialogue pas forcément systématique entre l'enfant et ses parents [10].

¹⁵ Dans les deux dernières semaines.

¹⁶ « Plus de la moitié des jours » ou « presque tous les jours ».

¹⁷ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe, la Guyane, l'Hexagone (7,1), la Martinique et La Réunion (7,0) [7]. Du fait de l'ampleur de la délinquance, principale préoccupation des habitants de l'île, six habitants sur dix se sentent en insécurité à leur domicile ou dans leur quartier, plus particulièrement les femmes et les victimes de vols/menaces [8] [9].

¹⁸ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [28].

¹⁹ Problème de vue (11 % s'estiment en mauvaise Santé chez les non concernés contre 23 % pour ceux en présentant un), moins de cinq vaccins à jour (9 % contre 12 %), problème bucco-dentaire (8 % contre 20 %), problème auditif (13 % contre 21 %), IMC hors des seuils de normalité (12 % contre 15 %, et plus particulièrement les filles : 6 % contre 22 %) [10].

²⁰ En moyenne, les enfants déclarent s'être couchés, la veille de l'entretien, à 20 heures et 5 % après 22 heures. Pour l'heure du levé, en moyenne 5h30 et 5 % entre 3 et 4 heures du matin [10]. 11 % ont dormi moins de 8 heures [10].

11 à 12 % des enfants déclarent avoir ressenti « en permanence ou souvent » de la **tristesse** et de la **colère**, la **moitié** de l'**apaisement** et de la **joie** au cours des trois derniers jours [10].

En fonction de la précarité, les sentiments de colère et de tristesse ne varient pas, contrairement à ceux d'apaisement (+20 points « rarement ou jamais » chez les plus précaires) et de joie (+12 points) [10]. **Les enfants déclarant la consommation d'une substance psychoactive sont alors plus fréquemment en colère** : 27 % contre 12 % chez ceux n'en consommant pas [10]. On constate par ailleurs que les enfants des familles les moins nombreuses sont ceux qui sont les plus souvent heureux : 86 % « en permanence ou souvent » contre 59 % [10]. Un 10-12 ans sur cent déclare n'avoir ressenti **aucune émotion** récemment, **cinq fois plus souvent les garçons** (2 %) **que les filles** (0,4 %) [10]. A contrario, **un quart a ressenti les quatre émotions proposées** (colère, heure, triste et calme), sans distinction du sexe cette fois-ci [10].

En cumulant les différents indicateurs disponibles, il ressort qu'**un enfant sur dix connaît au moins cinq problèmes liés au bien-être** [10]. Le Sud et la Petite-Terre sont les deux régions regroupant le plus d'enfants en situation de mal-être [10].

g) Consommation de tabac²¹

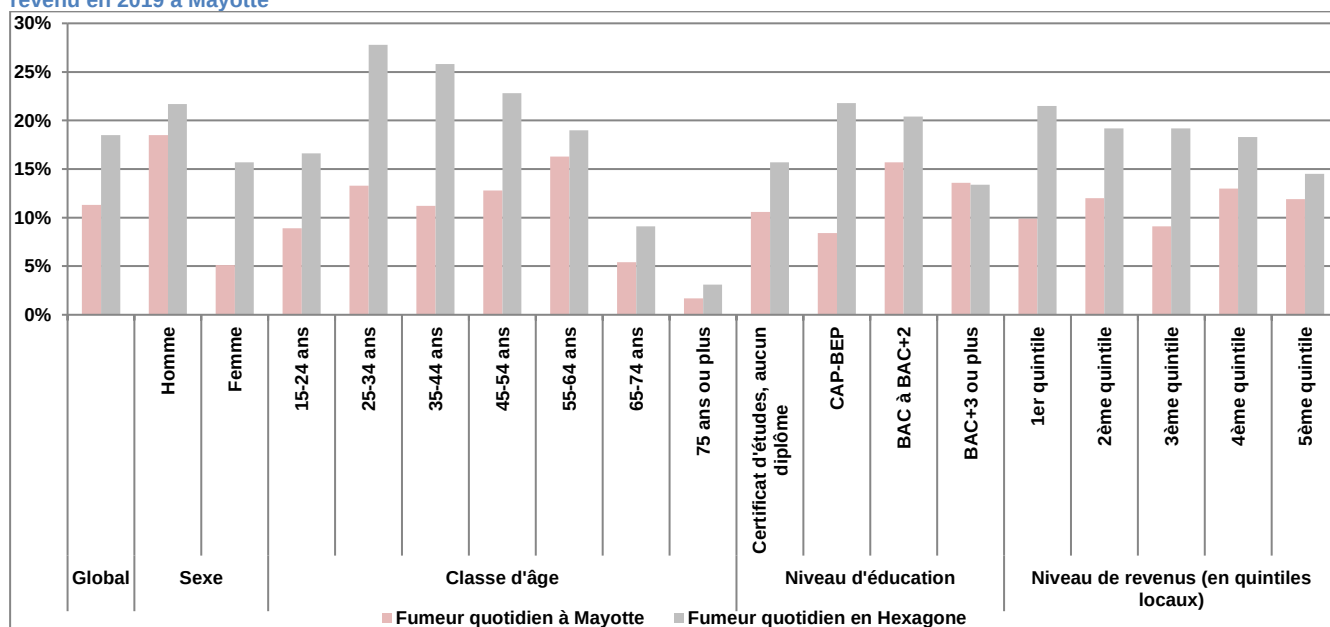
En 2019, **11 %** des 15 ans ou plus déclarent **fumer quotidiennement**^{22 23}, **particulièrement les hommes** : 18 % (22 % dans l'Hexagone) contre 5 % chez les femmes (16 % dans l'Hexagone) qui se déclarent non fumeuses dans 89 % des cas (60 % chez les hommes) [7] (*Figure 17*). **Il s'agit d'une baisse de -6 points** par rapport à ce qui avait été constaté **en 2006**²⁴, principalement influencée par la consommation chez les hommes : 32 %, soit une baisse de -14 points tandis que chez les femmes la fréquence augmente de +1 point : 4 % [11].

À Mayotte, **6 %** des habitants se définissent comme d'**ancien fumeur d'un an au moins**²⁵ (12 % chez les hommes et 2 % chez les femmes), contre 31 % dans l'Hexagone [7].

En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**, **2 %** déclarent avoir déjà consommé du **tabac** (9 % dans l'Hexagone) [12].

L'augmentation du niveau de vie est corrélée à celui de la consommation de tabac, probablement lié au coût du paquet de cigarettes [7]. **L'influence de l'âge est assez faible**, les 15-29 ans ont une fréquence plus basse de consommation quotidienne que les 30-54 et les 55-74 ans [7]. Les 75 ans ou plus sont très peu à fumer quotidiennement vis-à-vis des 30-54 ans [7] (*Figure 94*). Les fumeurs de Mayotte de 15 ans ou plus déclarent une **consommation moyenne de 12 cigarettes par jour**, comparable à l'Hexagone (12,4) [7]. La cigarette électronique reste marginalement utilisée : 1 %, trois fois moins que dans l'Hexagone (3 %), et 92 % n'y ont jamais eu recours (84 % dans l'Hexagone) [7].

Figure 17 : Habitudes de consommation tabagique en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'éducation et du niveau de revenu en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [2]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

²¹En 2022, près de 40 tonnes de produits de tabacs ont été importés à sur l'île, soit une baisse de 30 % par rapport à 2021.

Cette baisse s'inscrit dans la continuité d'une réduction majeure de 55 % des importations observée entre 2015 et 2020.

²² Mayotte se situe au troisième rang, derrière l'Hexagone (19 %) et La Réunion (16 %), et devant la Guyane, la Guadeloupe (10 %) et la Martinique (9 %) [7].

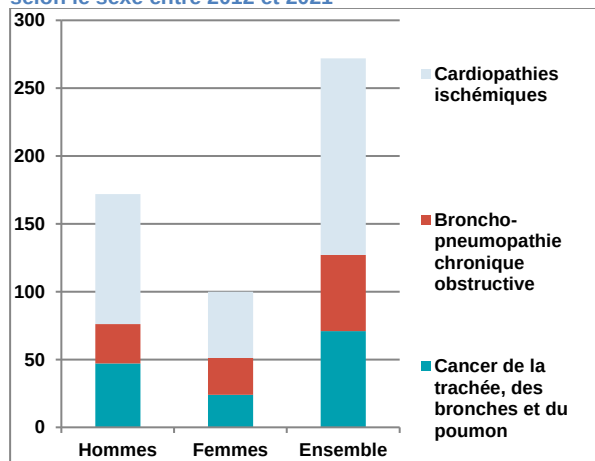
²³ Le tabagisme passif concerne 10 % des individus contre 13 % dans l'Hexagone [7].

²⁴ En 2006, 55 % des hommes déclaraient être non-fumeur et 90 % pour les femmes [11]. En 2008, les 30-69 ans étaient : 13 % d'ex-fumeurs (22 % chez les hommes et 4 % chez les femmes) et 17 % actuellement fumeurs (31 % chez les hommes dont la moitié consommait 10 cigarettes/jour, et 3 % chez les femmes dont les trois quarts consommaient 10 cigarettes/jour) [14]. Soit 70 % étaient ainsi non-fumeurs [14].

²⁵ 9 % en 2006 [11].

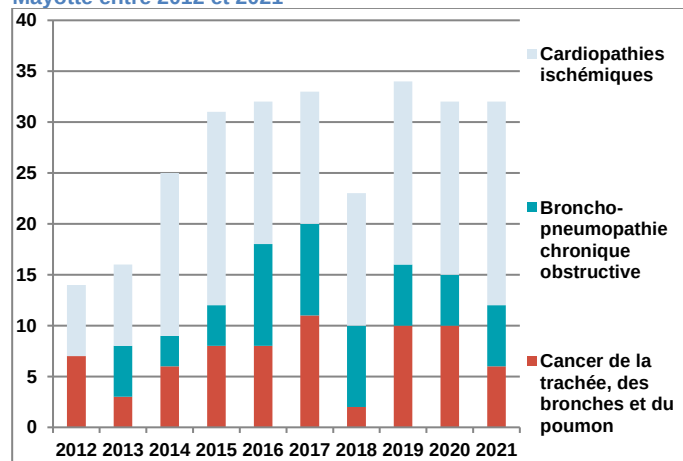
Sur la période de 2019 à 2021, **33 décès en moyenne par an sont imputables à la consommation de tabac**. Concernant le cancer du poumon, 9 décès en moyenne par an sont observés et à structure de population équivalente le taux est trois fois plus faible que dans l'Hexagone sur la période de 2019 à 2021.

Figure 18 : Nombre de décès liés au tabac à Mayotte selon le sexe entre 2012 et 2021



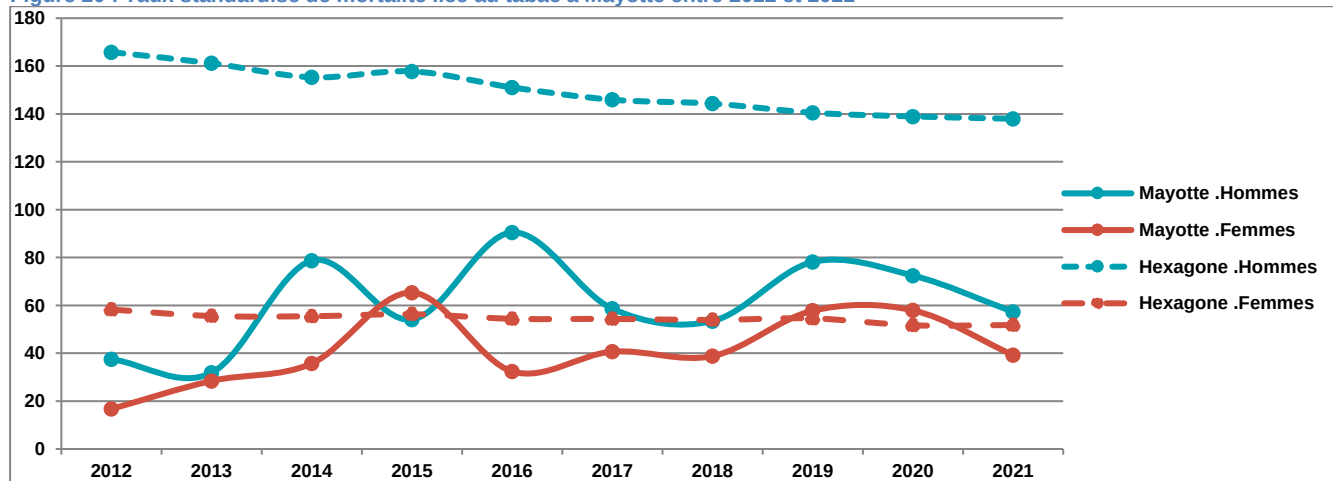
Champ : Décès domiciliés liés aux tabacs, causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 19 : Nombre annuel de décès liés au tabac à Mayotte entre 2012 et 2021



Champ : Décès domiciliés liés aux tabacs, causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 20 : Taux standardisé de mortalité liée au tabac à Mayotte entre 2012 et 2021



Champ : Décès domiciliés liés aux « tabacs », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Sur la période de 2021 à 2023 et sans être totalement lié à la consommation de tabac, les « **maladies de l'appareil respiratoire** » représentent **15 % des motifs** de consultation au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulière ».

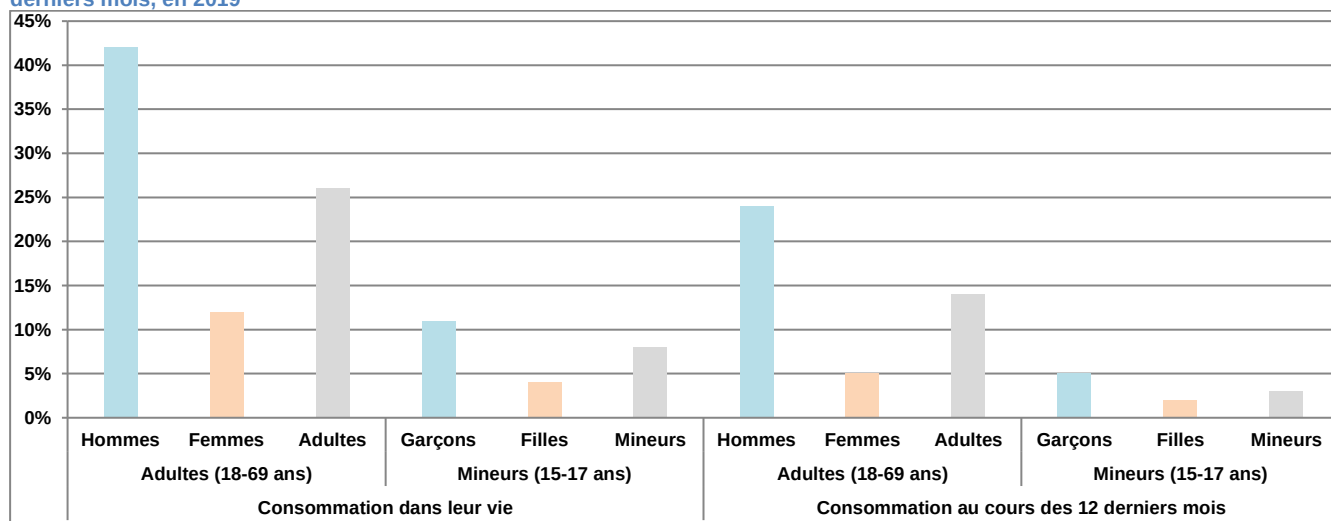
Enfin, **47 décès** en moyenne par an liés aux « **maladies de l'appareil respiratoire** » sur la période de 2019 à 2021 sont constatés et à structure de population équivalente le taux est plus important que dans l'Hexagone (2,1 fois contre 1,4 sur la période de 2016 à 2018) [5].

h) Consommation d'alcool²⁶

En 2019, un quart (23 %) des 15-69 ans déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie (95 % des 18-75 ans dans l'Hexagone), 8 % des mineurs (85 % des lycéens d'Hexagone) et 26 % des adultes [13]. La part des 15-69 ans en ayant consommé dans l'année est de 14 % (85 % des Hexagonaux), respectivement 3 % et 14 % [13]. Ces deux comportements étaient plus fréquents parmi les hommes adultes, 42 % avaient expérimenté l'alcool et 24 % en avaient consommé dans l'année, contre 12 % et 5 % des femmes [13]. Parmi les mineurs, l'écart entre garçons et filles est également marqué [13] (Figures 98 & 99).

²⁶ En 2017, l'alcool et le tabac représentent 1 % de la structure de consommation [109], soit une baisse de -1 point par rapport à 2011 [22]. En 2011, le montant mensuel par ménage est de 22 euros, deux fois moins que dans l'ensemble des DOM et trois fois moins qu'en France Hexagonale [22]. De plus en 2022, 6 230 tonnes de boissons alcoolisées ont été importées à Mayotte, soit une hausse de 55 % par rapport à 2014.

Figure 21 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool dans leur vie et au cours des 12 derniers mois, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [13]

33 % des hommes consommateurs et **60 % des femmes** consommatrices ont une fréquence d'une fois par mois ou moins, 26 % des hommes et 24 % des femmes deux à quatre fois par mois, respectivement 28 % et 13 % deux à trois fois par semaine [13]. **13 % des hommes et 3 % des femmes** avaient une consommation plus régulière [13].

De plus, parmi les adultes consommateurs d'alcool dans l'année, dont **52 % des hommes et 72 % des femmes** en consomment un ou deux verre(s) [13] (Figure 23).

En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**²⁷, 2 % ont déjà connu une consommation d'alcool (59 % dans l'Hexagone) [12].

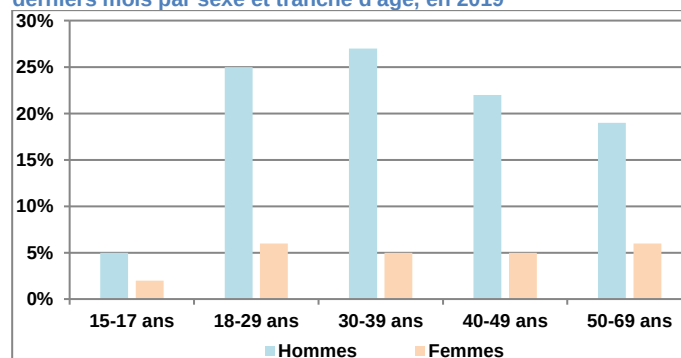
En 2008, **92 % des 30-69 ans** déclaraient ne pas consommer d'alcool avec une nette distinction entre hommes et femmes [14]. Ainsi, **15 % des hommes** déclaraient une consommation d'au moins d'une fois par semaine (3 % tous les jours) contrairement aux **femmes** qui n'étaient que **0,3 %** et auraient toutes une consommation quotidienne [14] (Tableau 5).

En 2016, **6 % des hommes** de 18 ans ou plus avaient un **problème d'alcool** contre **0,8 % des femmes**, 6 % des 18-29 ans, 3 % des 30-49 ans et 1,1 % des 50-59 ans [6].

Sur la période de 2015 à 2017, **7 décès en moyenne par an** sont imputables à la consommation d'alcool ainsi qu'au cancer du foie, dont majoritairement des hommes. Concernant le cancer du foie, à structure de population équivalente, le taux est **1,4 fois moins important** que dans l'Hexagone.

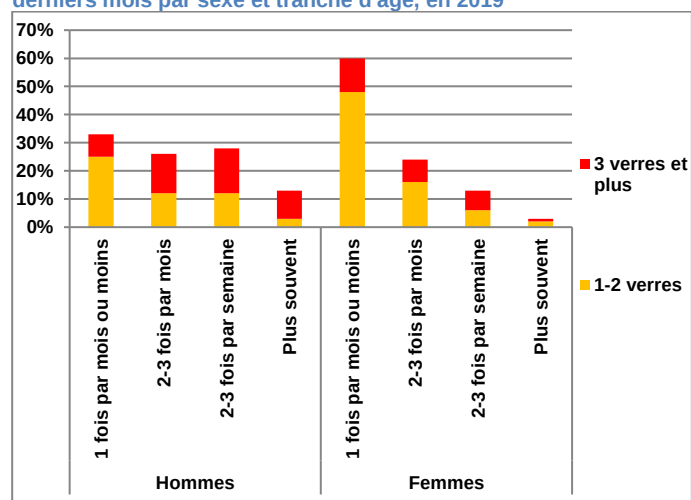
Depuis 1996, on dénombre entre 5 et 25 accidents (en moyenne 12 par an) de la route où l'alcool est en cause (174 à 222 accidents corporels sur les routes mahoraises sur la période de 2019-2022)[11].

Figure 22 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois par sexe et tranche d'âge, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [13]

Figure 23 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois par sexe et tranche d'âge, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [13]

Tableau 5 : Consommation d'alcool selon le sexe en 2008 à Mayotte

%	Homme	Femme	Ensemble
Jamais	85	100	92
1 fois/semaine	7	0	3
1 à 4 fois/semaine	5	0	3
Tous les jours	3	0,3	2
	100 %	100 %	100 %

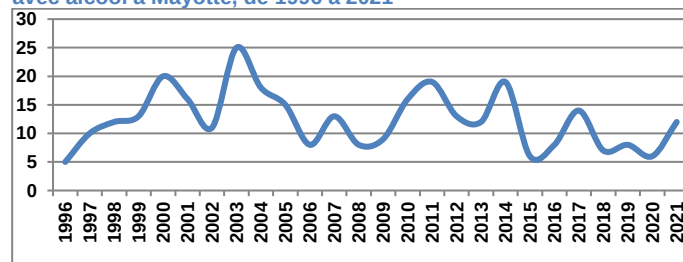
Champ : Habitants de 30-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête MayDia de 2008 [14]

²⁷ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [28].

En 2021, la tendance était à la hausse vis-à-vis de 2020 [11]. Sur la vingtaine d'accidents avec alcool survenus sur la période de 2019-2021, trois sur cinq ont eu lieu la nuit [11]. (Figure 24).

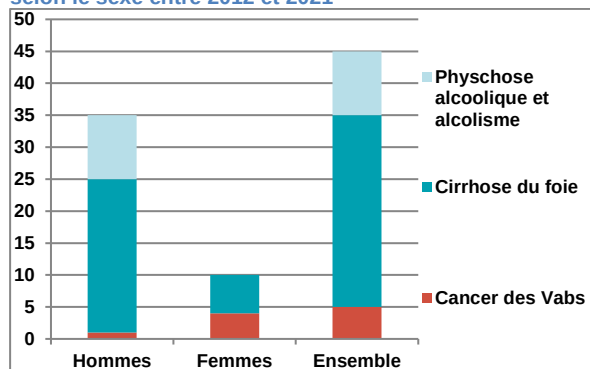
En 2020, sur les 502 infractions constatées pour permis de conduire non valide, pour **près de trois sur dix un taux d'alcoolémie au-dessus du seuil a été relevé** [15].

Figure 24 : Evolution du nombre d'accidents de la route avec alcool à Mayotte, de 1996 à 2021



Source : ORS Mayotte, Tableau de bord addictions [11]

Figure 25 : Nombre de décès liés à l'alcool à Mayotte selon le sexe entre 2012 et 2021

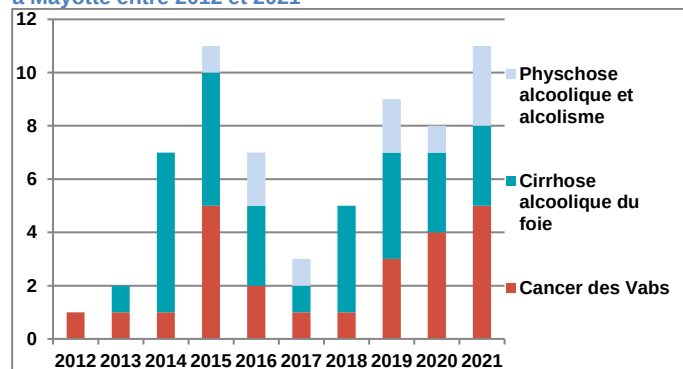


Champ : Décès domiciliés liés à l'alcool, causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 26 : Nombre de décès liés à l'alcool selon le sexe à Mayotte entre 2012 et 2021

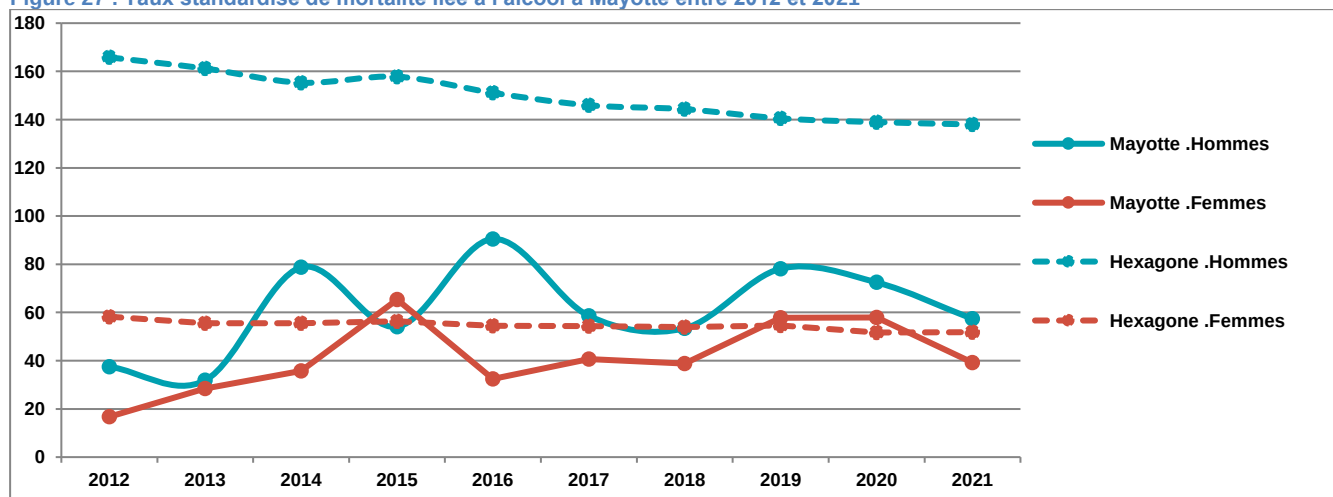


Champ : Décès domiciliés liés à l'alcool, causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 27 : Taux standardisé de mortalité liée à l'alcool à Mayotte entre 2012 et 2021



Champ : Décès domiciliés liés à l'alcool, causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

i) Consommation de drogues²⁸

Le cannabis

En 2019, l'**expérimentation de cannabis²⁹** concerne **6 % des adultes** (11 % des hommes et 1 % des femmes) et **3 % des mineurs** (5 % des garçons et 1 % des filles), contre 45 % et 33 % dans l'Hexagone [13].

La **consommation dans l'année** est déclarée par **2 % des adultes** (3 % des hommes et moins de 1 % des femmes) et par **2 % des mineurs** (2 % des garçons et 1 % des filles) [13]. Enfin, celle **dans le mois** l'est par **1 % des adultes** (3 % des hommes et moins de 1 % des femmes) et **1 % des mineurs** (2 % des garçons et moins de 1 % des filles) [13]. Elle est alors plus fréquente parmi les **hommes de 18-39 ans** : 5 % [13] (Figure 28).

De plus, l'**accès au cannabis était jugé facile** (8 %) ou **très facile** (56 %) pour la très large majorité des personnes en ayant déjà consommé [13].

²⁸ De 2015 à 2022, 3 976 kg de tabac ont été saisis en moyenne chaque année à Mayotte. En moyenne de 2016 à 2022, 4 % des dépistages réalisées sont positives à l'alcool et 2 % aux produits stupéfiants.

²⁹ Couramment appelé bangué.

La chimique³⁰

L'expérimentation de la chimique a été déclarée par **5 % des hommes et moins de 1 % des femmes de 15-69 ans** [13]. Elle est particulièrement importante chez les jeunes hommes de 18-29 ans (4 %) et les filles de 15-17 ans (0,2 %) [13] (Figure 29).

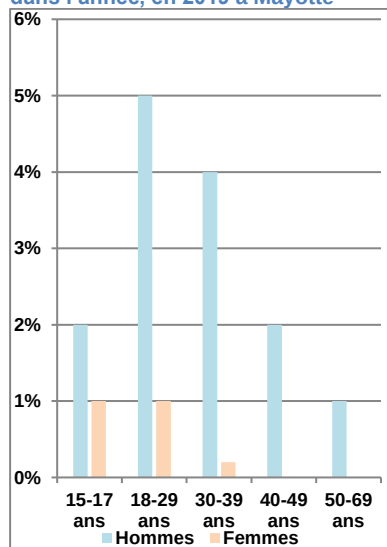
En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**³¹ : **quatre sur mille** déclarent consommer de la chimique, et parmi les autres 2 % s'en sont vus proposer [12].

Séjours au centre d'addictions

En 2016, **6 % des hommes** de 18 ans ou plus déclarent avoir un **problème de drogue**, **0,4 % chez les femmes** [6]. Ce sont notamment **les plus jeunes** qui en font le plus souvent la déclaration : 5 % des 18-29 ans, 3 % des 30-39 ans et 2 % des 40-49 ans [6].

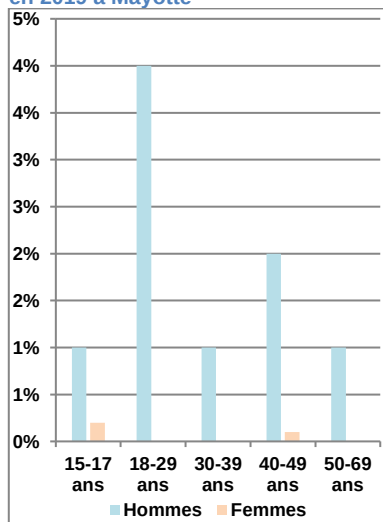
En moyenne, on observe **133 consultations au centre d'addictologie** de Mayotte sur la période 2011 à 2021 et sur cette dernière année, **85 % qui y ont recours sont des hommes et 48 % des individus de moins de 30 ans** [17] (Figure 31).

Figure 28 : Usage de cannabis dans l'année, en 2019 à Mayotte



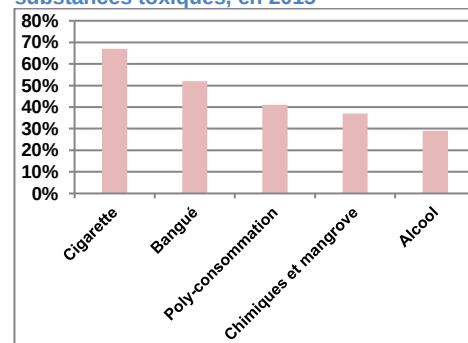
Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [13]

Figure 29 : Prévalence d'expérimentation de la chimique, en 2019 à Mayotte



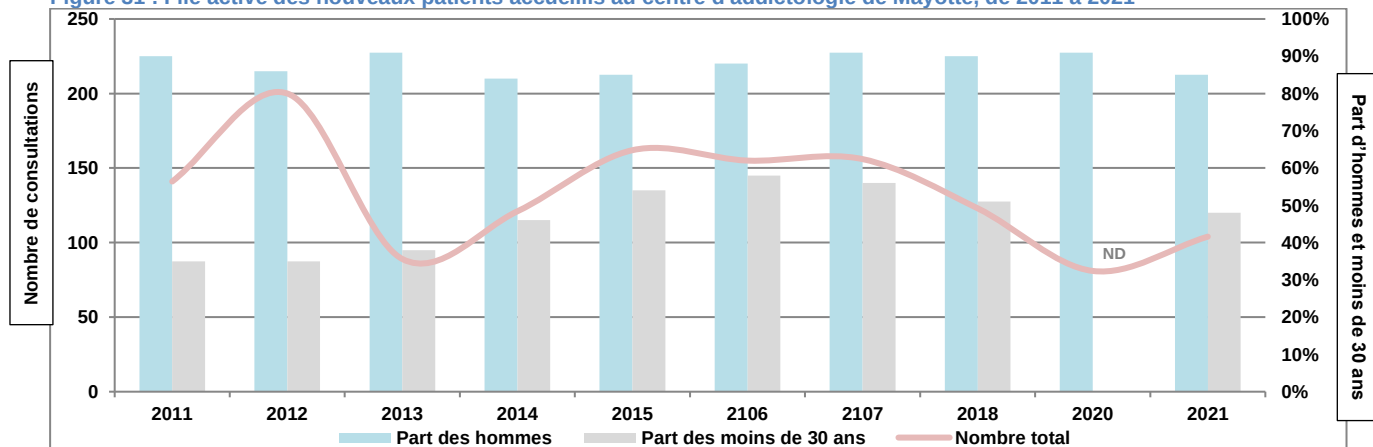
Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [13]

Figure 30 : Fréquence d'exposition personnelle ou connue des jeunes de Mayotte interrogés au sujet des substances toxiques, en 2015



Note : la notion d'exposition a été mesurée au travers de la question « As-tu déjà ou connais-tu quelqu'un de ton âge qui a déjà consommé... ? », reflétant une exposition pas systématiquement personnelle.
Champ : Adolescent de Mayotte
Source : ORS OI, Tableau de bord addictions [17]

Figure 31 : File active des nouveaux patients accueillis au centre d'addictologie de Mayotte, de 2011 à 2021



Note : En raison de la crise Covid-19, les données du centre d'addictologie du CHM sont indisponibles en 2019 et incomplètes en 2020
Champ : File active du centre d'addictologie de Mayotte
Source : ORS Mayotte, Tableau de bord addictions [17]

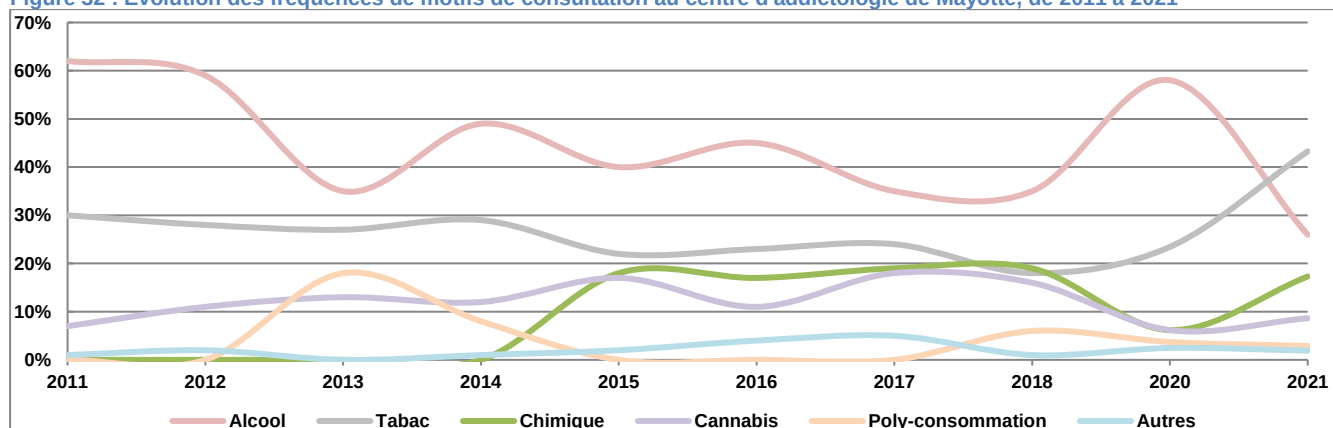
Le tabac est le **principal motif de consultation au centre** en 2021 : **43 %**, suivies de l'alcool : 26 %, devant la **chimique** (17 %) et du **Bangué** (9 %) [17].

Les **poly-consommations** représentent, quant à elles, 2 % des consultations [17] (Figure 32).

³⁰ Depuis le début des années 2010, l'île de Mayotte est touchée par un phénomène de consommation de la chimique [16]. Un profil peut être érigé : jeune, de sexe masculin, vivant en situation de fragilité à la fois sociale et surtout affective [16]. Ces individus sont parfois initiés dès 10-12 ans, à la consommation par des pairs et notamment via le phénomène des bandes d'adolescents et de jeunes adultes très présents dans l'île [16]. L'âge le plus jeune recensé de consommation de ce type de drogue est de 9 ans [16].

³¹ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [28].

Figure 32 : Evolution des fréquences de motifs de consultation au centre d'addictologie de Mayotte, de 2011 à 2021



Note : En raison de la crise Covid-19, les données du centre d'addictologie du CHM sont indisponibles en 2019 et incomplètes en 2020
 Champ : File active du centre d'addictologie de Mayotte
 Source: ORS Mayotte, Tableau de bord addictions [17]

j) Le suicide

Culturellement, à Mayotte, le suicide peut être vu comme un sujet tabou. Par conséquent, **les données de Santé sur le sujet sont quasi-inexistantes voire fortement sous-évaluées.**

Sur la période 2018 à 2021, près de **245 passages aux urgences pour gestes suicidaires**³² ont été observés [18].

Les **15-24 ans représentent un peu plus de la moitié des cas**, 40 % pour les 35 ans ou plus (6 % pour les moins de 15 ans) [18]. Pour les **deux tiers** des passages, il s'agit des **femmes** [18].

62 séjours hospitaliers pour tentatives de suicide ont été enregistrés au CHM chez les personnes âgées de 10 ans et plus qui résident à Mayotte, soit en moyenne **16 hospitalisations par an**. Il s'agit plus fréquemment de femmes (71 %) que d'hommes (29 %).

Le principal mode opératoire des tentatives de suicide est **l'auto-intoxication médicamenteuse** (77 % chez les femmes et 50 % chez les hommes).

Tableau 6 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « tentatives de suicides » chez les femmes et les hommes de 2018 à 2021

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Auto-intoxication médicamenteuse	34	<10	77,3	50,0
Auto-intoxication non médicamenteuse	<10	<10	4,5	11,1
Pendaison, strangulation, suffocation	<10	0	2,3	0,0
Noyade	0	0	0,0	0,0
Armes à feu	0	0	0,0	0,0
Exposition fumée, gaz, flammes	<10	<10	4,5	5,6
Objets tranchants ou contondants	<10	<10	6,8	33,3
Saut dans le vide	<10	0	4,5	0,0
Collision intentionnelle	0	0	0,0	0,0
Autres moyens non précisés	0	0	0,0	0,0
Total	44	18	100	100

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic associé
 Exploitation : ORS Mayotte

En 2016, **10 %** des individus de 18 ans ou plus présentaient un **risque suicidaire**, 6 % léger, 2 % moyen et **1,9 % élevé** [6].

Sur la période de **2018 à 2020**, **8 décès classés comme étant des « suicides »** ont été recensés. **68 % sont des hommes**. La moitié sont âgés de moins de 35 ans.

À structure de population équivalence, les décès liés au « suicide » sont **nettement plus faibles à Mayotte que dans l'Hexagone** : 10 fois moins, stable sur la période de 2015 à 2017 [5].

³² Gestes suicidaires : cet indicateur regroupe les passages aux urgences en lien avec un geste suicidaire certain (auto-intoxications et lésions auto-infligées) ou probable (intoxications médicamenteuses, effet toxique de pesticides et asphyxie d'intention non déterminée) [18].

k) Références

- [1] Insee, E. Flouy, J. Mekkaoui, S. Meceron et P. Thibault, «A Mayotte, des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents qu'en métropole,» *Insee Analyses*, 2022, Février.
- [2] Insee-Drees, «Extractions complémentaires des données de l'enquête EHIS 2019».
- [3] Drees, «En France, une personne sur sept, âgée de 15 ans ou plus est handicapée, en 2021,» Février 2023.
- [4] Drees, «Extraction des données de l'Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) de 2021,» Février 2023.
- [5] ARS et J. Balicchi, «La mortalité à Mayotte entre 2012 et 2014,» *Fiches nos îles notre santé*, 2018.
- [6] OMS, «Santé mentale en population générale : Images et Réalité - Mayotte,» 2019.
- [9] Insee et C. Grangé, «Une délinquance hors norme - Cadre de vie et sécurité à Mayotte,» *Insee Analyses*, 2021, Novembre.
- [10] ORS Mayotte-ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, Y. Kilani, J. Balicchi, A. Aboudou, M. Arnaud et F. Mazeau, «Santé des jeunes de 10-12 ans : la moitié des enfants déclarent des difficultés pour se concentrer,» *In extenso*, 2023, Février.
- [11] ORS et M. Ricquebourg, «Les conduites addictives à Mayotte,» 2017, Mars.
- [12] ARS Mayotte-Rectorat Mayotte-ORS Mayotte, J. Balicchi, M. Arnaud, F. Mazeau et A. Aboudou, «Santé des jeunes de 10-12 ans en 2019 : focus sur une précarité avérée,» *In extenso*, 2021, Mai.
- [13] SpF, R. Andler, M. Ruello, J.-B. Richard, Y. Hassani, R. Guignard, G. Quatremère et V. Nguyen-Thanh, «Consommation de substances psychoactives à Mayotte - Résultats de l'enquête de santé Unono Wa Maoré 2019,» 2022, Octobre.
- [14] InVS, J. Solet et N. Baroux, «Étude Maydia 2008 : Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte,» 2008.
- [15] ODSR, «Mayotte 2020 - Bilan de l'accidentalité,» 2021.
- [16] A. Cadet-Taïrou et M. Grandilhon, «L'offre, l'usage et l'impact des consommations de "chimiques" à Mayotte : une étude qualitative,» 2018, Mai.
- [17] ORS, A. Aboudou et M. Ricquebourg, «Indicateurs sur les consommations de substances psychoactives à Mayotte,» 2020, Décembre.
- [18] SpF, «Surveillance de la grippe à Mayotte,» *Le point épidémio*, Août 2022.