

INÉGALITÉS DE SANTÉ MENTALE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE DE L'AGGLOMÉRATION DE CAYENNE EN GUYANE

// MENTAL HEALTH INEQUALITIES IN THE GENERAL POPULATION OF CAYENNE, FRENCH GUIANA

Mathieu Nacher^{1,2} (mathieu.nacher@ch-cayenne.fr), Astrid Van Melle^{1,2}, Estelle Thomas¹, Johanna Pavie³, Blandine Solignat⁴, Imane Benradia⁵, Deborah Sebbane⁵, Jean-Luc Roelandt⁵, Caroline Janvier⁶, François Lair⁶, Vincent Bobillier⁶

¹ Centre d'investigation clinique de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CIC Inserm) 1424, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Guyane, Cayenne, Guyane

² UA17 Inserm Santé des populations en Amazonie, Université de Guyane, Cayenne, Guyane

³ Plateforme Rétablissement, Groupe SOS, Cayenne, Guyane

⁴ CHU Guyane, Cayenne, Guyane

⁵ Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale – OMS, Service de l'établissement publique de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole, Lille

⁶ Service de psychiatrie, Centre hospitalier de Cayenne, Guyane

Soumis le 11.09.2025 // Date of submission: 09.11.2025

Résumé // Abstract

Introduction – La population de la Guyane française est jeune, pauvre et multiculturelle. Nous avons donc émis l'hypothèse que l'épidémiologie des problèmes de santé mentale pouvait être impactée par la pauvreté. L'enquête « Santé mentale en population générale » a permis d'estimer la prévalence globale de diverses pathologies mentales dans la population et dans différents sous-groupes sociodémographiques à l'aide de l'entretien Mini.

Méthodes – Une enquête transversale a été réalisée entre mars et août 2021. Au total, 881 personnes âgées de plus de 17 ans ont été interrogées et incluses dans l'analyse.

Résultats – La prévalence des épisodes dépressifs au moment de l'enquête était de 17,1% (intervalle de confiance à 95%: [14,8-19,8]). Pour la dépression récurrente, la prévalence était de 7,9 [6,3-9,9]. La prévalence de la dépression en cours était significativement plus élevée chez les jeunes, et les personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 840 euros. La prise en charge thérapeutique de la dépression était également moins fréquente chez les plus pauvres. Ceci restait significatif après ajustement sur l'âge et le sexe. La notion de psychose actuelle ou passée, le risque suicidaire et les syndromes de stress post-traumatiques semblaient plus prévalents chez les personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 840 euros mais le lien statistique semblait plus fragile.

Conclusion – Les résultats de cette première enquête en santé mentale en population générale suggèrent que, comme tant d'autres domaines de la santé, la santé mentale et notamment la dépression et sa prise en charge sont impactées par la pauvreté. Dans ce contexte, comme pour d'autres problématiques de santé, la mise en place d'approches proactives aller-vers, s'appuyant sur des relais communautaires et la médiation en santé, trouve tout son sens.

Introduction – The population of French Guiana is young, poor, and multicultural. We therefore hypothesized that the epidemiology of mental health disorders could be impacted by poverty. The "Mental health in the general population" survey used the MINI interview to estimate the overall prevalence of various mental disorders in the population and in different sociodemographic subgroups.

Methods – A cross-sectional survey was conducted between March and August 2021. A total of 881 individuals aged 17 years and older were interviewed and included in the analysis.

Results – The prevalence of depressive episodes at the time of the survey was 17.1% (95% confidence interval, 95%CI: [14.8-19.8]). For recurrent depression, the prevalence was 7.9 [6.3-9.9]. The prevalence of current depression was significantly higher among young people and those with a monthly income of less than 840 euros. Treatment for depression was also less common among the poorest individuals. This remained significant after adjusting for age and gender. The notion of current or past psychosis, suicide risk, and post-traumatic stress disorders seemed to be more prevalent among people with a monthly income of less than 840 euros, but the statistical link appeared to be weaker.

Conclusion – The results of this first mental health survey of the general population suggest that, like so many other areas of health, mental health – particularly depression and its treatment – is impacted by poverty. In this context, as with other health issues, the implementation of proactive outreach approaches based on community relays and health mediation makes perfect sense.

Mots-clés : Troubles psychiques, Prévalence, Pauvreté, Inégalités sociales de santé, Guyane française

// **Keywords**: Mental disorders, Prevalence, Poverty, Social inequalities in health, French Guiana

Introduction

La Guyane française est un territoire d'outre-mer situé en Amérique du Sud entre le Brésil et le Suriname. Paradoxalement, elle affiche à la fois le produit intérieur brut (PIB) par habitant parmi les plus élevés d'Amérique du Sud et l'un des plus faibles de tous les territoires français. Près de 30% de la population, et quasiment la moitié des adultes, sont nés à l'étranger. La population étrangère en Guyane vient de 139 pays différents, mais elle provient majoritairement du Suriname, d'Haïti et du Brésil. On trouve ensuite des communautés plus petites, mais bien établies, venant du Guyana, de Chine, du Pérou, de Colombie, de République dominicaine, de divers pays d'Afrique, ou encore du Laos (les Hmong). Récemment les crises au Moyen-Orient ont abouti à une forte immigration de populations venant de Syrie, d'Irak, et d'Afghanistan. Outre les populations immigrées, il existe également des populations amérindiennes et Bushinenguées vivant essentiellement dans l'intérieur de la Guyane. La population guyanaise est ainsi une mosaïque culturelle avec au sein du territoire guyanais de grandes différences culturelles et socio-économiques entre le littoral et l'intérieur, et entre l'Est et l'Ouest. La moitié des habitants vit sous le seuil de pauvreté français de 1 010 euros par mois et 23% sous le seuil local de 550 euros par mois¹. De plus, les prix en Guyane sont plus élevés de 13,7% par rapport à l'Hexagone². Il persiste un retard structurel important, avec une démographie des professionnels de santé bien en deçà de la moyenne hexagonale, notamment dans le domaine de la santé mentale³. Les inégalités sociales de santé se retrouvent ainsi à tous les niveaux, et les plus pauvres sont généralement diagnostiqués avec retard avec des pathologies plus fréquentes et plus évoluées. Ceci se retrouve pour les pathologies infectieuses aiguës et chroniques, pour les cancers, les maladies cardiovasculaires, les problèmes nutritionnels, les problèmes obstétricaux, les pathologies pédiatriques⁴⁻¹¹.

Les difficultés sociales sont connues comme pouvant être à l'origine de troubles de santé mentale constituant un cercle vicieux difficile à rompre¹². Bien que les statistiques nationales montrent généralement un taux de suicide plus faible dans les territoires d'outre-mer que dans l'Hexagone¹³, et bien que la population y consomme moins de psychotropes, la dépression y est plus fréquente. Ainsi, en 2019, l'enquête européenne de santé a révélé que la Guyane était plus touchée par la dépression : 19% en Guyane contre 11% dans l'Hexagone, et 11% à La Réunion, 15% en Guadeloupe, 17% en Martinique, et 20% à Mayotte. La dépression majeure était également plus fréquente en Guyane, 7% contre 4% dans l'Hexagone¹⁴. Bien que le Baromètre santé 2021 ne montre pas de différence significative en termes d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide entre la Guyane et l'Hexagone¹⁵, l'examen plus approfondi de la problématique du suicide, met en évidence des taux parmi les plus élevés des Amériques chez les populations amérindiennes isolées^{16,17}. Les précédentes estimations sur la prévalence des problèmes

de santé mentale reposaient sur l'outil Cidi-SF®, un bon outil de dépistage, mais de sensibilité et spécificité inférieures à celles du Mini¹⁴. Il apparaît donc utile de confirmer ces estimations par des méthodes plus robustes.

Compte tenu du contexte guyanais – jeunesse, pauvreté, multiculturalisme, accès insuffisant aux soins – l'épidémiologie des pathologies mentales et leur prise en charge pourraient se démarquer de l'Hexagone. En l'absence de données sur de nombreux troubles psychiatriques, nous avons saisi l'opportunité de l'enquête « Santé mentale en population générale » pour estimer leur prévalence et leur association à différents facteurs socio-démographiques. Notre objectif, dans un territoire où la pauvreté est omniprésente dans la population générale¹⁸, était de comparer ces taux par niveau socio-économique et de les comparer à l'Hexagone.

Méthodes

L'enquête « Santé mentale en population générale » (SMPG)

Ce dispositif a été initié en 1999 par le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS). L'enquête a été déployée en France dans l'Hexagone et dans les territoires ultramarins, dont la Guyane¹⁹.

Nous avons analysé les données de l'enquête transversale menée dans des communes du littoral de Guyane. Les critères d'inclusion étaient : maîtrise suffisante du français, consentement éclairé, âge supérieur à 18 ans, et absence de résidence en institution ou de situation d'errance.

Un échantillonnage par quotas a permis d'obtenir une population représentative selon l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la profession, en s'appuyant sur les données du recensement de 1999 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Échantillon étudié

L'enquête a été menée entre mars et août 2021 dans six communes constituant la communauté d'agglomérations du centre littoral (Cayenne, Macouria, Matoury, Roura, Montsinéry-Tonnégrande, Rémire-Montjoly). Ces communes ne comprennent ni l'ouest guyanais, ni l'est, ni les communes de l'intérieur qui sont culturellement différentes de celles du centre littoral. De plus, les langues utilisées ne comportaient pas les langues du fleuve Maroni ou les langues amérindiennes. Neuf cents personnes âgées de plus de 17 ans ont été interrogées en face à face par des enquêteurs formés, en français, créole guyanais, portugais ou anglais. Au final, 881 questionnaires complets ont été analysés.

Outils utilisés

L'outil utilisé pour l'enquête SMPG était le *Mini international neuropsychiatric interview* (questionnaire diagnostique psychiatrique standardisé – Mini –)²⁰, version française 5.0.0. Cet entretien structuré est

basé sur les critères de la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10) et du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition (DSM-IV). Les enquêteurs (infirmiers et psychologues) ont été formés par des experts du CCOMS. Les modules retenus portaient sur les troubles dépressifs, anxieux, les phobies, le trouble obsessionnel compulsif (TOC), le stress post-traumatique, ainsi que sur l'abus et la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives. Le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool était défini selon les critères du DSM-IV : abus (≥ 1 critère positif sans dépendance) et dépendance (≥ 3 critères positifs). Les variables analytiques « trouble lié à l'usage de l'alcool » et « trouble lié à l'usage de substances » étaient construites à partir de ces critères standardisés.

Les variables sociodémographiques analysées incluent : âge, sexe, niveau d'éducation, statut matrimonial, activité professionnelle, et catégories de revenu mensuel du foyer.

Analyses statistiques

Nous avons estimé les prévalences (avec l'intervalle de confiance à 95%, IC95%) des épisodes dépressifs actuels (F32) et récurrents (F33), des épisodes psychotiques actuels ou passés (F20-F29), de la notion de toxicomanie (F11-F19) ou de dépendance alcoolique (F10.2) globalement et par sous-groupes. Nous avons aussi analysé la distribution du niveau de risque suicidaire (absent, faible, moyen, élevé) entre différents groupes. Les tests du Chi2 ont permis de comparer les proportions.

Des régressions de Poisson (mesures brutes et ajustées) ont été utilisées pour estimer les rapports de prévalence (PR) pour les variables dépendantes sélectionnées. Les variables non significatives ont été retirées du modèle saturé sur la base du critère d'information d'Akaike. Le « *goodness of fit test* » de Hosmer-Lemeshow a été utilisé pour vérifier l'adéquation du modèle. Le seuil de significativité était de 5%.

Les analyses ont été réalisées sous Stata 16[®] et Python 3.10.11[®].

Éthique

L'étude respecte la déclaration d'Helsinki. Elle a été approuvée par le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) (N°98128). Tous les participants ont donné un consentement éclairé écrit.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Sur les 881 personnes interrogées, le sexe ratio était de 0,9 ; 43% étaient originaires de Guyane, 20% d'Haïti, 16% de l'Hexagone, 14% avaient un revenu familial mensuel inférieur à 840 euros, moins de la moitié étaient en couple, 33% étaient inactifs (étudiants, retraités, parents au foyer), 60% avaient complété un niveau d'étude secondaire (tableau).

Tableau

Caractéristiques de la population étudiée

	N	%
Catégorie d'âge (années)		
<26	177	20,09
]26-35]	199	22,59
]36-45]	157	17,82
]46-55]	146	16,57
]56-65]	128	14,53
>65	74	8,40
Sexe		
Hommes	417	47,33
Femmes	464	52,67
Origine		
France hexagonale	139	15,80
Guyane française	382	43,41
Antilles françaises	62	7,05
Brésil	50	5,68
Guyana	15	1,70
Haïti	173	19,66
Suriname	20	2,27
Autre	39	4,43
Niveau d'instruction		
Inférieur au primaire	78	8,85
Primaire complété	270	30,65
Secondaire complété	533	60,5
Activité		
Étudiant	94	10,67
Actif	505	57,32
Inactif	282	32,01
Revenu mensuel du ménage		
<534 euros	73	8,29
534 à 840 euros	54	6,13
840 à 1 300 euros	88	9,99
1 300 à 2 520 euros	202	22,93
2 520 à 6 410 euros	189	21,45
>6 410 euros	29	3,29
Sans réponse	246	27,92
Statut marital		
Célibataire	402	45,63
Séparé(e), divorcé(e)	56	6,36
Veuf/veuve	30	3,41
Marié(e) ou en couple	376	42,68
Sans réponse	17	1,93

N : effectif.

Dépression

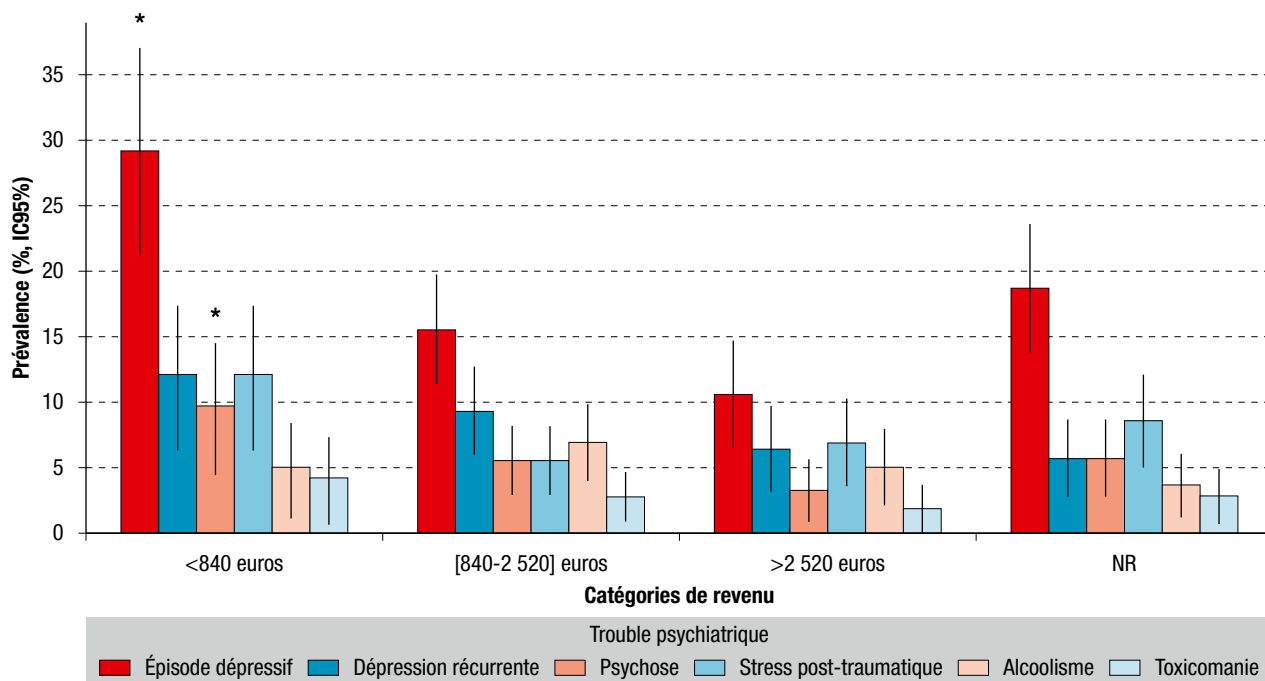
Au total, 151 sur 881 personnes, soit 17,1 (IC95%: [14,8-19,8]), souffraient d'un épisode dépressif actuel et 70 sur 881 personnes (7,9 [6,3-9,9]) souffraient d'une dépression récurrente. Les plus précaires

étaient plus touchés par la dépression actuelle et, bien que cela ne soit pas significatif ($p=0,12$) par les épisodes dépressifs récurrents. Les psychoses étaient significativement plus fréquentes chez les personnes ayant moins de 840 euros de revenus. La prévalence de l'anxiété généralisée ne différait pas significativement entre les tranches de revenu ($p=0,41$) (figure 1).

Les figures 2 et 3 montrent que les plus jeunes et les femmes étaient également plus atteints. Après ajustement sur l'âge et le sexe, le lien entre faibles revenus (<840 euros *versus* $\geq 2\,520$ euros) et épisode dépressif restait significatif (PR ajusté=2,43 [1,4-4,1]), $p=0,001$. En revanche, le lien avec la dépression récurrente n'était plus significatif (PR ajusté=1,8 [0,5-3,2]), $p=0,24$.

Figure 1

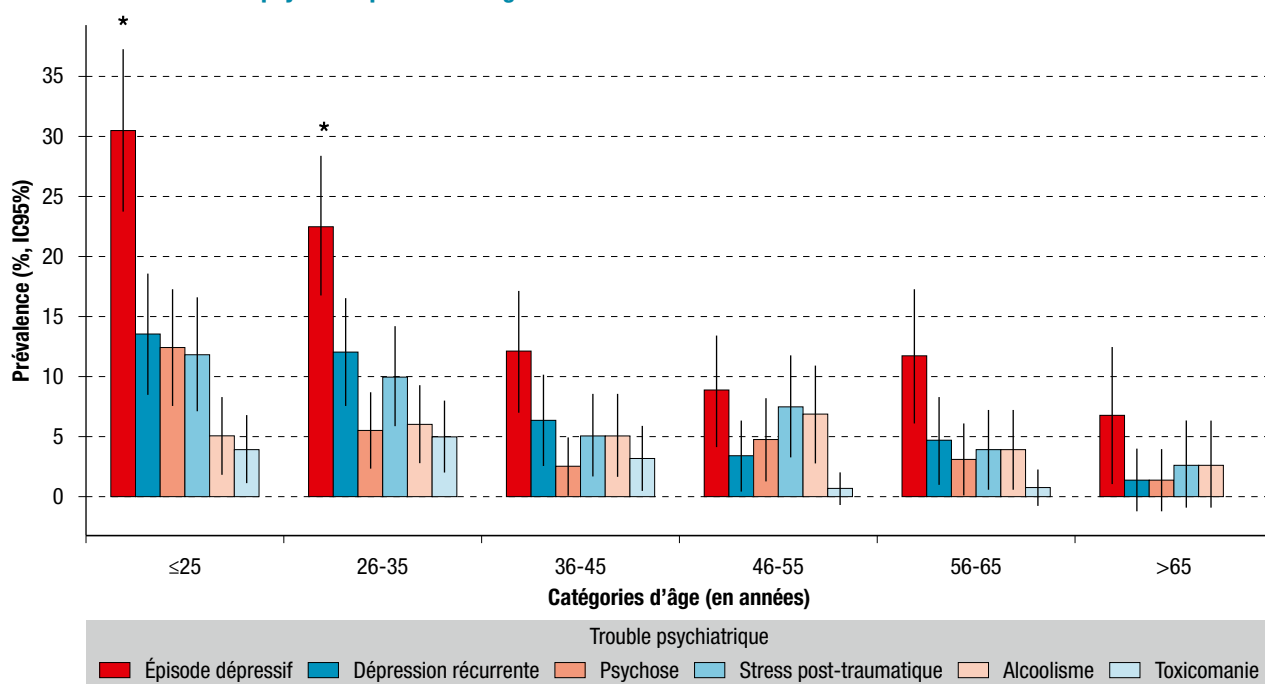
Prévalence des troubles psychiatriques selon le revenu



* $p<0,05$; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; NR : non renseigné.

Figure 2

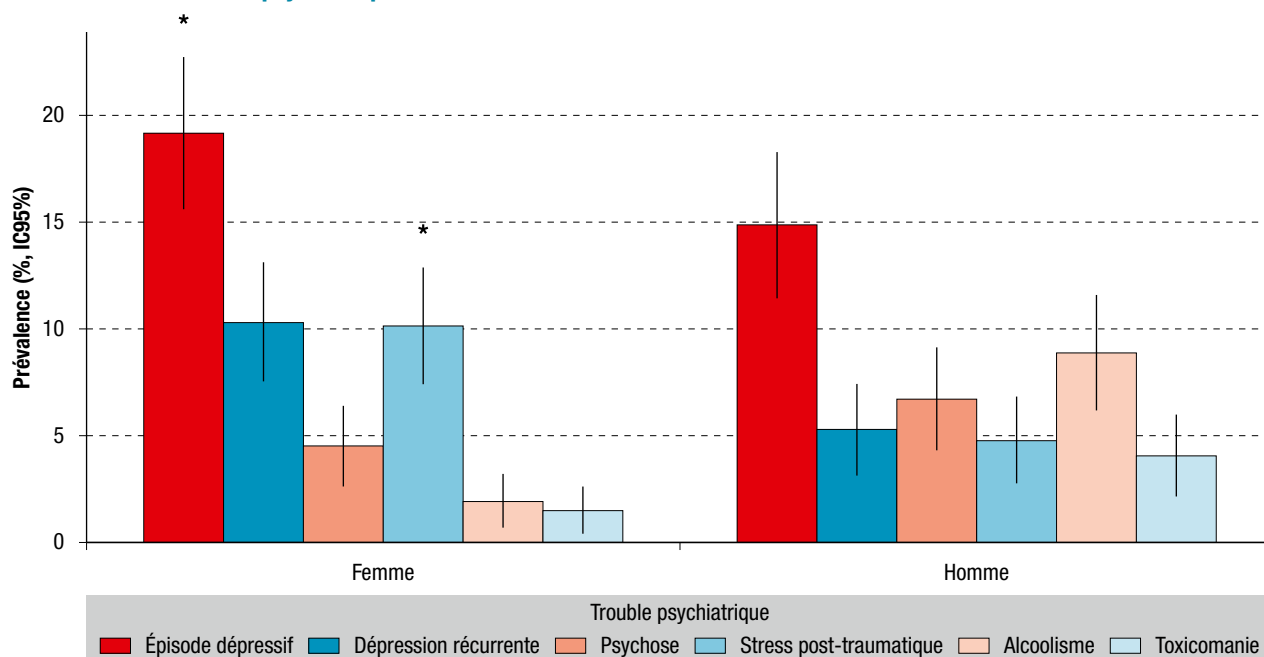
Prévalence des troubles psychiatriques selon l'âge



* $p<0,05$; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Figure 3

Prévalence des troubles psychiatriques selon le sexe



* $p < 0,05$; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Seules 33,7% des personnes avec un épisode dépressif actuel avaient consulté un professionnel de santé, et 20% un médecin généraliste. Le recours était plus faible parmi les plus pauvres (8/37 chez ceux gagnant moins de 840 euros par mois *versus* 18/45 et 13/23, $p=0,02$). Moins de 20% prenaient un traitement médicamenteux, 25% bénéficiaient d'une prise en charge (médicaments ou psychothérapie) ; 35,7% avaient recours à la médecine traditionnelle. Les femmes y avaient plus fréquemment recours que les hommes. En outre, 11% avaient consulté une personne religieuse, souvent un pasteur.

Psychose

Au total, 49 des 881 personnes interrogées, soit 5,5% (5,5 [4,1-7,3]) d'entre elles, rapportaient au moins un épisode de psychose actuelle ou passée. Celle-ci était plus fréquente chez les personnes ayant de faibles revenus (9,4% chez les personnes ayant moins de 840 euros de revenus, 5,5% chez les personnes gagnant entre 840 et 2 520 euros, et 3,2% chez celles disposant de plus de 2 520 euros, $p=0,05$). Après ajustement sur l'âge et le sexe, la tendance persistait mais n'atteignait pas le seuil de significativité (PR ajusté=2,5 [0,98-6,55], $p=0,055$).

Syndromes de stress post-traumatique

Concernant les syndromes de stress post-traumatique, ils étaient plus fréquents chez les femmes (47/164 (10,1%) *versus* 20/417 (4,8%), $p=0,003$) et il semblerait qu'ils soient plus fréquents dans le groupe de personnes gagnant moins de 840 euros par mois (15/127 (11,8%)) *versus* 16/290 (5,5%) gagnant entre 840 et 2 520 euros, et 15/218 (6,9%) gagnant plus, $p=0,07$.

Alcool et toxicomanie

Il n'y avait pas de différence significative concernant les problèmes d'alcool entre les tranches de revenus ($p=0,4$) et malgré les apparences, il n'y avait pas de différence selon les tranches de revenus pour les problèmes liés à la drogue ($p=0,5$) (figure 1).

Risque suicidaire

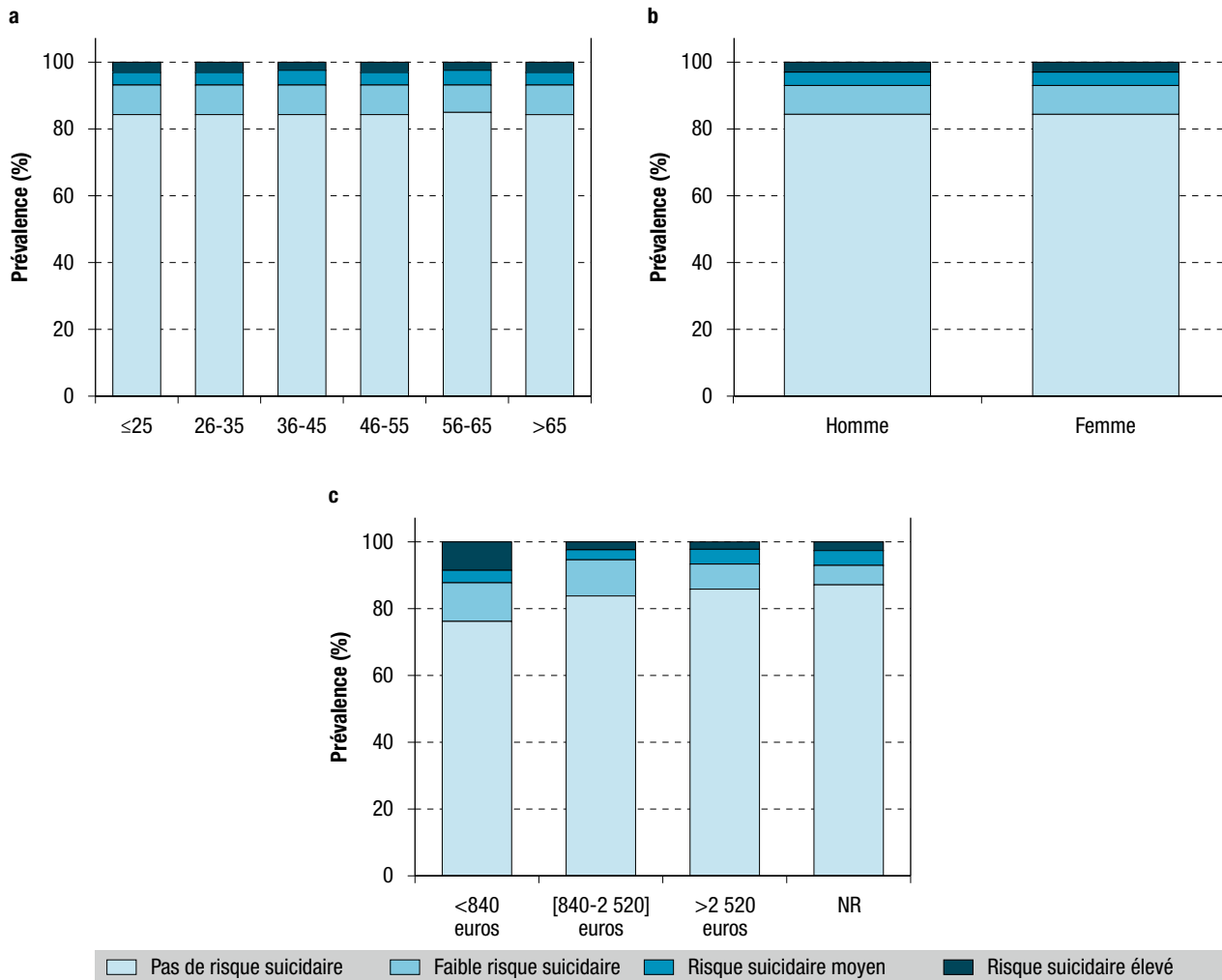
Au total, 742 personnes (84,22%) n'avaient aucun risque suicidaire, 79 (8,97%) avaient un risque faible, 35 (3,97%) avaient un risque moyen, et 25 (2,84%) avaient un risque élevé. Le risque suicidaire était supérieur chez les plus faibles revenus. Après ajustement sur l'âge et le sexe, la tendance persistait mais elle n'était plus significative (OR ajusté ordinal=1,65 [0,93-2,93], $p=0,08$) (figure 4).

Discussion

Nous montrons dans cet article qu'en prenant en compte l'âge et le sexe des personnes interrogées, les plus bas revenus étaient plus affectés par un épisode dépressif au moment de l'enquête que les revenus supérieurs. Ils étaient également moins susceptibles d'être traités. Bien que le lien statistique soit plus ténu, le risque de psychose, le risque de syndrome de stress post-traumatique, et le risque suicidaire semblaient également plus prévalents chez les plus pauvres. D'une façon générale, la dépression (17,1% vs 11%), la psychose (3,8% vs 2,7%) et le syndrome de stress post-traumatique actuel (7,1% vs 0,7%) étaient supérieurs aux taux rapportés dans l'Hexagone par l'enquête SMPG. Les raisons pour lesquelles les psychoses seraient plus fréquentes en Guyane que dans l'Hexagone pourraient impliquer une pauvreté généralisée,

Figure 4

Risque suicidaire dans la population d'étude



NR : non renseigné.

la migration²¹⁻²³, et le rôle possible d'une plus forte prévalence de toxoplasmose et d'infection à cytomégalo virus (CMV)²⁴⁻²⁶. Une étude aux Antilles y montrait une prévalence des psychoses plus élevée que dans l'Hexagone et, outre les explications migratoires, discutait le rôle du crack, du cannabis, et du « magico-religieux »²⁷. Ces taux plus élevés ne peuvent être attribués formellement à la fréquente précarité et aux parcours de vie défavorisés observés en Guyane. Cependant, c'est une explication plausible de ce différentiel car des cohortes de naissances ont montré un lien temporel robuste entre pauvreté et dépression²⁸. Les jeunes adultes et les personnes pauvres étaient particulièrement touchés : plus de 30% des 18-25 ans avaient un épisode dépressif en cours. La pauvreté, l'insécurité alimentaire, les familles monoparentales (souvent des femmes seules), sont autant de facteurs aggravants. Plus de la moitié des enfants vivent dans des familles monoparentales, dont 64% sous le seuil de pauvreté. La cohorte de Najman²⁸ montrait que la pauvreté à 14 ans était le prédicteur le plus robuste d'anxiété et de dépression à l'âge adulte. Comme ailleurs, les jeunes générations présentent une

prévalence croissante de la dépression au cours de la période 2017-2021¹⁵. Cette tendance générationnelle est influencée par les conditions sociales, culturelles et les attentes vis-à-vis de l'avenir. Les femmes étaient plus touchées, un phénomène décrit ailleurs, qui peut en partie s'expliquer par leur plus grande exposition à la précarité dans un contexte où 39% des familles reposent sur une mère célibataire dont 54% n'ont pas d'emploi. Chez les étudiantes, l'insécurité alimentaire était fortement liée à la dépression. L'enquête SMPG a également été réalisée aux Antilles en 2000²⁹. La prévalence de la dépression était supérieure en Guyane (17,1% vs 13,2%, $p=0,02$). Cependant, même si l'outil de mesure et le design de l'étude étaient les mêmes, il y a plus de 20 ans d'écart et la crise sanitaire du Covid-19 a eu lieu, entre les deux études.

Cette étude comportait certaines limites rendant difficile l'étude entre pauvreté et santé mentale. Tout d'abord, pour les problèmes les moins prévalents, le nombre de personnes atteintes était faible et la puissance était sans doute insuffisante pour détecter des différences plus fines. Le diagnostic des problèmes de santé mentale par le Mini ne quantifie

pas le degré du problème et peut être imparfait dans différentes strates socio-économiques, mais cet outil a été validé de façon internationale et semble néanmoins robuste³⁰. Les données de revenus sont déclaratives, et 246 personnes n'ont pas souhaité répondre, ce qui peut toujours en théorie biaiser les réponses. La restriction de l'étude à un nombre limité de communes du centre littoral et à des personnes parlant un nombre limité de langues, a exclu de l'échantillon une part importante de la population, ce qui suggère que des enquêtes spécifiques devraient être conduites auprès de ces populations, notamment les Amérindiens et les Bushinengués. Le terme « santé mentale en population générale » se réfère à la région de Cayenne et ses environs et pas à la Guyane entière. La méthode des quotas utilisée s'est basée sur la structure de la population de 1999, ce qui au vu de l'évolution démographique rapide pourrait en théorie constituer un décalage par rapport à la structure de la population guyanaise en 2021. Enfin, cette enquête a eu lieu pendant la pandémie de Covid-19 qui a eu des conséquences non négligeables sur le plan social et de la santé mentale, impactant ainsi potentiellement les prévalences observées. Cependant, malgré ces limites, ces premiers résultats rapportés en population générale du centre littoral, dans un territoire où la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté, semblent montrer là aussi que la pauvreté affecte la santé mentale. Ce travail, ajouté à d'autres, montre donc que tout le spectre de la santé est affecté par la précarité en Guyane. Dans de telles conditions sociales, plus que la prévention primaire, c'est la prévention primordiale sur les déterminants essentiels – avoir un toit, à manger, être en sécurité – qui reste le besoin principal pour réduire le fardeau des maladies chez les plus pauvres.

Il existe ainsi un cercle vicieux entre pauvreté et santé mentale où la difficulté des conditions de vie altère la santé mentale des individus qui sont alors plus handicapés pour faire face à leurs difficultés. Nous avons montré qu'il existait en prison une forte prévalence de pathologies psychiatriques et que dans un contexte de nombre insuffisant de professionnels de santé mentale on pouvait se poser la question de la trans-institutionnalisation de personnes ayant besoin de soins du secteur de la santé vers celui de la prison³¹. Le recours aux soins ici était faible et consistant souvent en des soins traditionnels, qui sont peut-être plus accessibles que les soins psychiatriques classiques. Comme pour beaucoup d'autres pathologies en Guyane, une approche proactive aller-vers s'appuyant sur des relais communautaires et la médiation en santé trouve tout son sens pour repérer et orienter les personnes en souffrance.

Conclusion

Ces résultats révèlent d'importantes inégalités en santé mentale dans un territoire marqué par la pauvreté, le stress psychosocial et les difficultés d'accès aux soins. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Jeanne-Rose M, Creignou A. 29% des Guyanais en situation de grande pauvreté en 2018. Insee Analyses Guyane. 2022;(59). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6468775>
- [2] Dufour K, Monziols M. En 2022, les prix restent plus élevés dans les DOM qu'en France métropolitaine, en particulier pour les produits alimentaires. Insee Première. 2023;(1958):3 p. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7648939>
- [3] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé en 2023. Paris: Drees; 2025. 220 p. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/250522_Panorama_etablisements-de-sante2025
- [4] Osei L, Vignier N, Nacher M, Laumonnier J, Conan C, Clarke L, *et al.* Small for gestational age newborns in French Guiana: The importance of health insurance for prevention. *Int J Public Health.* 2024;69:1606423.
- [5] Rochemont DR, Dueymes JM, Roura R, Meddeb M, Couchoud C, Nacher M. End stage renal disease as a symptom of health inequalities in French Guiana. *J Health Inequal.* 2018;4(1):31-5.
- [6] Rochemont DR, Mimeau E, Misslin C, Papaix-Puech M, De Toffol B, Sabbah N, *et al.* A prospective comparative study of health inequalities and the epidemiology of stroke in French Guiana and Dijon, France. *Front public health.* 2022;10:849036.
- [7] Roué T, Labbé S, Belliardo S, Plenet J, Douine M, Nacher M. Predictive factors of the survival of women with invasive breast cancer in French Guiana: The burden of health inequalities. *Clin breast cancer.* 2016;16(4):e113-8.
- [8] Duclau A, Abad F, Adenis A, Sabbah N, Leneuve M, Nacher M. Prevalence and risk factors for micronutrient deficiencies during pregnancy in Cayenne, French Guiana. *Food Nutr Res.* 2021;65.
- [9] Basurko C, Dupart O, Savy M, Obert-Marby C, Mvogo A, Gonzalez A, *et al.* Hunger in French Guiana's vulnerable urban neighborhoods: A neglected consequence of COVID-19. *Food Nutr Bull.* 2023;(1):3-11.
- [10] Hallet E, Flamand C, Rousset D, Bonifay T, Fritzell C, Matheus S, *et al.* ZIKA virus infection in pregnant women in French Guiana: More precarious-more at risk. *PLoS Negl Trop Dis.* 2020;14(3):e0008193.
- [11] Bonifay T, Douine M, Bonnefoy C, Hurpeau B, Nacher M, Djossou F, *et al.* Poverty and arbovirus outbreaks: When chikungunya virus hits more precarious populations than dengue virus in French Guiana. *Open Forum Infect Dis.* 2017;4(4):ofx247.
- [12] Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, *et al.* Poverty and mental disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2011;378(9801):1502-14.
- [13] Rereao M, Amadéo S, Annette A, Armanville F, Atwan NA, Brilland S, *et al.* La mortalité par suicide dans les Outre-mer, un état des lieux et un projet : Autopsom. *L'information psychiatrique.* 2022;98(8):645-50.
- [14] Leduc A, Deroyon T, Rochereau T, Renaud A. Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 – Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. Les dossiers de la Drees. 2021;(78):1-98. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/premiers-resultats-de-lenquete-sante-europeenne-ehis-2019-metropole-guadeloupe-martinique-guyane-la-reunion-mayotte>

[15] Léon C, du Roscoât E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France: résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd.* 2024;(3):42-56. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html

[16] Santé publique France. Bulletin de santé publique conduites suicidaires en Guyane. Décembre 2020. Santé publique France; 2020. 22 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-conduites-suicidaires-en-guyane.-decembre-2020>

[17] Guarmit B, Brousse P, Lucarelli A, Donutil G, Cropet C, Mosnier E, *et al.* Descriptive epidemiology of suicide attempts and suicide in the remote villages of French Guiana. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(11):1197-206.

[18] Michel C, Theulière M, Missègue N. Les inégalités de revenus entre les DOM et la métropole. *Insee Première.* 2010;(1279):1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1287173>

[19] Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. « Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) » : présentation de la méthodologie d'enquête. *L'Encéphale.* 2010;36(3S1):1-6.

[20] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, *et al.* The Mini-international neuropsychiatric interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.

[21] Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, *et al.* Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRC AESOP study. *Psychol Med.* 2006;36(11):1541-50.

[22] Selten JP, van der Ven E, Rutten BPF, Cantor-Graae E. The social defeat hypothesis of schizophrenia: An update. *Schizophr Bull.* 2013;39(6):1180-6.

[23] Kirkbride JB, Barker D, Cowden F, Stamps R, Yang M, Jones PB, *et al.* Psychoses, ethnicity and socio-economic status. *Br J Psychiatry.* 2008;193(1):18-24.

[24] Antona D, Lepoutre A, Fonteneau L, Baudon C, Halftermeyer-Zhou F, Le Strat Y, *et al.* Seroprevalence of cytomegalovirus infection in France in 2010. *Epidemiol Infect.* 2017;145(7):1471-8.

[25] Berger F, Goulet V, Le Strat Y, Desenclos JC. Toxoplasmosis among pregnant women in France: Risk factors and

change of prevalence between 1995 and 2003. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2009;57(4):241-8.

[26] Yolken RH, Torrey EF. Are some cases of psychosis caused by microbial agents? A review of the evidence. *Mol Psychiatry.* 2008;13(5):470-9.

[27] Ballon N, Ursulet G, Merle S, Eynaud M, Charles-Nicolas A, Michalon M. Excess of psychoses among the French West Indian population. *Can J Psychiatry.* 2004;49(5):335-8.

[28] Najman JM, Hayatbakhsh MR, Clavarino A, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: A longitudinal study. *Am J Public Health.* 2010;100(9):1719-23.

[29] Lacoste J, Merle S, Ballon N, Charles-Nicolas A, Ursulet G, Messiah A. Prevalence of mental disorders in Martinique, French West Indies: A community-based epidemiological study. *West Indian Medical Journal.* 2018;67(4):317-22.

[30] Korte KJ, Hook K, Stroud R, Ametaj A, Sharma M, Mountcastle H, *et al.* Validity and reliability of the Mini international neuropsychiatric interview in Sub-Saharan Africa: A cross-country comparison study. *Psychol Med.* 2025; 55:e254.

[31] Nacher M, Ayhan G, Arnal R, Basurko C, Huber F, Pastre A, *et al.* High prevalence rates for multiple psychiatric conditions among inmates at French Guiana's correctional facility: Diagnostic and demographic factors associated with violent offending and previous incarceration. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):159.

Citer cet article

Nacher M, Van Melle A, Thomas E, Pavie J, Solignat B, Benradia I, *et al.* Inégalités de santé mentale dans la population générale de l'agglomération de Cayenne en Guyane. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(2):14-21. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/2/2026_2_1.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0*, qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

