HAL
open science

État des lieux des suicides et tentatives de suicide en Polynésie Française. Exemple de l'enquête " Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités ", réalisée à Tahiti et Moorea en 2015

Alban Fenni

To cite this version:

Alban Fenni. État des lieux des suicides et tentatives de suicide en Polynésie Française. Exemple de l'enquête " Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités ", réalisée à Tahiti et Moorea en 2015. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01415847

HAL Id: dumas-01415847

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01415847v1

Submitted on 13 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016 Thèse n° 3181

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2016 par

FENNI Alban

Né le 5 février 1988 à Mont Saint Aignan (76)

Etat des lieux des suicides et tentatives de suicide en Polynésie Française :

Exemple de l'enquête « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités », réalisée à Tahiti et Moorea en 2015

Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Olivier DOUMY

Jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE …….. Président

Madame le Professeur Marie TOURNIER ……. Juge

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD …….. Juge

Monsieur le Docteur Stéphane AMADEO …….. Juge

Monsieur le Docteur Yves LE LOHER …… Juge

Monsieur le Docteur Olivier DOUMY …….. Juge

Rapporteur

Monsieur le Professeur Michel WALTER

Résumé

Le suicide est une problématique identifiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un enjeu de santé publique à l'échelle mondiale. Aborder cette question en Polynésie Française (PF) soulève le tabou de la réalité des conduites suicidaires sur un territoire perçu comme un paradis terrestre par le monde occidental. Traiter ce sujet intègre également différents aspects socioculturels spécifiques à la PF.

Développé selon les recommandations de l'OMS pour le Pacifique occidental, la PF a pu bénéficier du programme d'étude épidémiologique et de prévention du suicide, appelé « Conduites Suicidaires dans les Territoires à Risque » (START). Les résultats publiés ont permis de compléter les données disponibles en PF. Le taux moyen annuel standardisé de mortalité par suicide en PF est important (11,3 pour 100 000 habitants), touchant une population jeune (âge moyen de 32 ans), et principalement masculine. Le moyen de suicide le plus utilisé est la pendaison dans près de 90 % des cas. La fréquence des diagnostics associés aux tentatives de suicide est importante (71,7 %), particulièrement concernant les troubles de l'humeur. On observe une tendance à l'augmentation des taux de suicide ces 20 dernières années, et ce à l'inverse des données métropolitaines. Les comparaisons avec les autres pays du Pacifique occidental, mettent en évidence l'importance de la prise en compte du contexte social, économique et culturel dans l'approche des conduites suicidaires et des soins dispensés aux polynésiens.

Ce travail présente l'enquête « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités » (SMPG), qui a été réalisée à Tahiti et Moorea en 2015 avec la coordination du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS). Cette enquête est une recherche-action internationale multicentrique, qui permet de décrire les représentations mentales liées à la "folie", "la maladie mentale", "la dépression", et d'estimer la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans. 900 questionnaires ont été administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, et en respectant des quotas socio-démographiques représentatifs de la population des sites. En recueillant de nouvelles données sur la santé mentale des polynésiens et notamment sur le risque suicidaire, les résultats de l'enquête seront un véritable outil d'aide à l'élaboration des politiques locales de santé mentale en PF.

Mots clés : Suicide ; Tentative ; Conduites Suicidaires dans les Territoires à Risque ; Enquête Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités ; Polynésie Française.

Abstract

State of knowledge on suicide and suicide attempt in French Polynesia : Example of the survey « Mental Health in the General Population : Images and Realities », carried out in Tahiti and Moorea in 2015

According to the World Health Organization (WHO), suicide is a leading worldwide public health problem. Suicidal behaviours are a taboo subject in French Polynesia, often considered as paradise in the imagination of Westerners. Polynesian socio-cultural aspects are part of this subject.

The most recent WHO effort to promote suicide research is the study entitled « Suicide Trends in At-Risk Territories » (START). The standardised mean rate of suicide observed in French Polynesia is 11,3 per 100,000 persons. The median age of death is 32 years. A greater proportion of suicide deaths occurred among males. The main suicide method is hanging. 71,7 % of « non-fatal suicidal behaviours » (NFSB) population have a diagnosable psychiatric disorder, especially mood disorders. This study shows an increase in suicides rates over the past 20 years in French Polynesia, in contrast with mainland France rates. Results indicate remarkable differences between Pacific Islands, likely connected to a range of demographic, social, and cultural factors.

This thesis work presents the survey « Mental Health in the General Population : Images and Realities », conducted in 2015 and developed in association with the French WHO Collaborating Center (WHOCC). This international multicenter observational study explored the social representations of mental health in the population of Tahiti and Moorea in French Polynesia, using three items, “insane person,” “mentally ill person,” and “depressed person”. A representative sample of 900 participants were interviewed using the survey anonymous questionnaire. The data collected provides with the opportunity to estimate the prevalence of mental disorders among the general population aged 18 and over, especially the suicide risk. These new data will help to implement a mental health policy in French Polynesia.

Keywords : Suicide ; Non-fatal Suicidal Behaviour ; Suicide Trends in At-Risk Territories ; Mental Health Survey in the General Population : Images and Realities ; French Polynesia.

Remerciements

Monsieur le Docteur Olivier DOUMY

Merci de la confiance que tu m'as accordée en acceptant de diriger cette thèse. Merci de ta disponibilité et de ton ouverture d'esprit. Ton soutien et tes conseils m'ont été d'une aide précieuse. Je t'en suis infiniment reconnaissant.

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, et je vous en remercie. Merci pour vos enseignements tout au long de mon cursus. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Vous avez accepté de juger mon travail, et je vous en remercie. Merci pour vos enseignements et votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour vos enseignements et pour la confiance que vous m'avez accordée lors de ma demande de stage en Polynésie française. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Stéphane AMADEO

Le semestre passé en tant qu'interne à tes côtés m'a permis de développer mon intérêt pour la pratique de la psychiatrie sur le *Fenua*. Ce travail de thèse a pu voir le jour grâce à ton implication dans le développement de cette spécialité en Polynésie française. Reçois ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Yves LE LOHER

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Tu représentes le pôle palois de ce jury, merci pour ton ouverture d'esprit et pour la transmission d'une vision riche de la pédopsychiatrie.

Monsieur le Professeur Michel WALTER

Vous avez accepté d'être le rapporteur de cette thèse et je vous en remercie. C'est un honneur de porter mon travail à votre lecture. Merci pour l'intérêt que vous y avez porté.

A ma famille

A mes parents, merci pour cette enfance heureuse, pour la confiance que vous m'avez accordée, vos encouragements et votre soutien jusqu'à aujourd'hui. Je vous aime.

A mes frères, Raphaël et Thibault, merci pour tous ces moments passés ensemble et qui font de nous une fratrie. Je vous aime les frérots.

A mes grands-parents, merci pour tous ces souvenirs heureux auprès de grands-parents formidables ; pour ces valeurs qui sont miennes aujourd'hui.

Aude, merci pour ton amour et tous ces instants partagés depuis notre premier jour de gala ; merci pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien. A tous nos projets et notre avenir ensemble, je t'aime petite Choups.

A Christophe, Anne, Liloo et Antoine, merci pour votre hospitalité, votre générosité et pour tous les bons moments passés au sein de votre famille chaleureuse.

A mes amis

A Charles, à notre amitié, merci pour tous ces moments partagés ensemble, qu'ils soient lotois ou polynésiens. Et *Mauruuru* pour tous ceux à venir !

A mes co-internes, côtoyés depuis 4 ans, merci pour votre amitié, Elsa, Dimitri, Audrey, Laura, Kevin, Nicolas, Morgane, Andy, Eva et la team du CHP. Au plaisir des prochains moments partagés.

A mes amis polynésiens, merci pour votre accueil et votre gentillesse, Anne, Luc, Clémentine, Guillaume, Stéphane et Yves. Merci Sophie pour ta constante bonne humeur au cours de ce semestre passé ensemble. Merci aux colocs, ainsi qu'à Kikine pour cette année polynésienne mémorable.

A mes amis lotois et limougeauds.

Et merci à l'équipe de SOS Suicide et à toutes ces rencontres professionnelles au cours de mon cursus avec qui ce fut un plaisir de travailler.

Liste des abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APVP : Années Potentielles de Vie Perdue

ASEP : Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique

BIC : Intervention Brève et Contact

BVS : Bureau de Veille Sanitaire (Direction de la Santé Publique de Polynésie Française)

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CDS : Certificats de Décès par Suicide

CEP : Centre d'Expérimentation du Pacifique

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CHPF : Centre Hospitalier de Polynésie Française

CIM : Classification Internationale des Maladies

DOM : Département d'Outre-Mer

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECAAP : Enquête Transversale sur les Conduites Addictives des Adolescents Polynésiens

EFO : Établissements Français d'Océanie

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for Suicide Prevention

IFPS : Institut de Formation des Professions de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INVS : Institut de Veille Sanitaire

ISEPP : Institut Supérieur de l'Enseignement Privé de Polynésie

ISPF : Institut de la Statistique de la Polynésie Française

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

NFSB : Non-Fatal Suicidal Behaviour

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

OSCOUR® : Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences

PF : Polynésie Française

PMSI-MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie

PRFI : Pays à Revenu Faible et Intermédiaire

RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie

SMPG : Santé Mentale en Population Générale

START : Suicide Trends in At-Risk Territories

SUPRE-MISS : SUicide PREvention, WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours

TAU : Treatment As Usual

TS : Tentative de Suicide

TSM : Taux Standardisés de Mortalité

WHO – WPRO : World Health Organization Western Pacific Regional Office

Table des matières

RESUME **2**

ABSTRACT **3**

REMERCIEMENTS **4**

LISTE DES ABREVIATIONS **6**

TABLE DES MATIERES **7**

INTRODUCTION **9**

1ERE PARTIE **11**

DONNEES GENERALES SUR LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE **11**

1. DEFINITIONS 12
- ***1.1. Suicide*** *12*
- ***1.2. Tentative de suicide*** *12*
- ***1.3. Idées suicidaires*** *12*
- ***1.4. Conduites suicidaires*** *13*
- ***1.5. Crise suicidaire*** *13*
- ***1.6. Nomenclature internationale sur le suicide*** *13*

2. EPIDEMIOLOGIE MONDIALE 13
- ***2.1. Incidence du suicide*** *13*
- ***2.2. Prévalence des tentatives de suicide*** *15*
- ***2.3. Indicateurs sociodémographiques*** *15*
  - **2.3.1. Selon le sexe** 15
  - **2.3.2. Selon l'âge** 15
  - **2.3.3. Zone géographique** 16

3. DONNEES EN FRANCE METROPOLITAINE 16
- ***3.1. Incidence du suicide*** *16*
- ***3.2. Prévalence des tentatives de suicide*** *17*
- ***3.3. Indicateurs sociodémographiques*** *17*
  - **3.3.1. Selon l'âge** 17
  - **3.3.2. Selon le sexe** 18
  - **3.3.3. Zone géographique** 19

2EME PARTIE **20**

ETAT DES LIEUX DES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE EN POLYNESIE FRANÇAISE **20**

1. CONTEXTE POLYNESIEN 21
- ***1.1. Spécificité culturelle*** *21*
  - **1.1.1. Cadre géographique et historique** 21
  - **1.1.2. Données socio-démographiques** 22
  - **1.1.3. Mythes et légendes polynésiennes, rapport à la mort et au suicide** 23
  - **1.1.4. La famille polynésienne, l'enfant *Faa'amu*** 25
  - **1.1.5. *Mahu* et *Rae rae* dans la société polynésienne** 26
  - **1.1.6. Religions** 26
  - **1.1.7. La médecine traditionnelle** 27
- ***1.2. Pathologies psychiatriques en Polynésie Française*** *28*
  - **1.2.1. Particularités du migrant** 28
  - **1.2.2. Humeurs polynésiennes et pathologies** 29

1.2.3. **Addictions** 30
1.3. L'association SOS Suicide *32*
2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES 34
2.1. Suicide *34*
2.1.1. **Caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide en Polynésie Française** 34
2.1.2. **Résultats de l'enquête START de l'OMS : Suicides en Polynésie Française, 2008-2010** 36
2.2. Tentative de suicide : Résultats de l'enquête START de l'OMS sur les tentatives de suicide en Polynésie Française, 2008-2010 ..... *37*
2.3. Eléments de comparaison *42*
2.3.1. **France** 42
2.3.2. **Outre-mer français** 44
2.3.3. **Triangle polynésien** 47
2.3.4. **The WHO START Study : Suicidal Behaviors Across Different Areas of the World, 2013** 48
2.3.4.1. **Suicides** 48
2.3.4.2. **Tentatives de suicide** 50

3EME PARTIE **52**

ENQUETE « SANTE MENTALE EN POPULATION GENERALE : IMAGES ET REALITES » REALISEE A TAHITI ET MOOREA EN 2015 ..... **52**

1. INTRODUCTION 53
2. OBJECTIFS 53
3. MATERIELS ET METHODES 54
3.1. Echantillonnage *54*
3.2. Les instruments *55*
3.2.1. **Le questionnaire sur les représentations sociales** 55
3.2.2. **Le questionnaire diagnostique** 55
3.2.3. **La fiche complémentaire du MINI** 56
3.2.4. **Le questionnaire socio-démographique** 57
3.2.5. **Le questionnaire supplémentaire du site de Tahiti-Moorea** 57
3.3. Anonymat *57*
3.4. Les intervenants *57*
3.5. La passation *58*
3.6. Analyse des données *59*
3.7. Restitution des résultats d'enquête en 2016-2017 ..... *59*
4. RESULTATS ATTENDUS 59

DISCUSSION **60**

1. SUICIDES 60
2. TENTATIVES DE SUICIDE 62
3. CONTEXTE REGIONAL ET MONDIAL 64
4. APPROCHE CULTURELLE 66
5. ENQUETE SANTE MENTALE EN POPULATION GENERALE 68
6. AXE DE PREVENTION 70

CONCLUSION **71**

BIBLIOGRAPHIE **72**

Introduction

Selon l'OMS (1), le suicide est un problème majeur de santé publique dans le monde ; mais il ne figure que rarement au rang des priorités des politiques de santé. Malgré les avancées de la recherche et des connaissances en matière de suicide et de prévention du suicide, le tabou et la stigmatisation qui lui sont associés perdurent.

Depuis le XVIIIème siècle, la Polynésie française reste perçue au travers du Mythe de la Nouvelle Cythère de l'explorateur Louis-Antoine Bougainville. L'imaginaire occidental du rêve de paradis terrestre si spécifique à Tahiti persiste encore aujourd'hui.

Aborder la question du suicide en Polynésie Française (PF) soulève le paradoxe de la réalité du tabou des conduites suicidaires au sein du mythe polynésien. L'étude de la problématique suicidaire dans cette région intègre des aspects socioculturels spécifiques.

Seules deux thèses de médecine ont étudié cette problématique en PF :

- E. Boyer en 2000 : Les suicides et tentatives de suicide en Polynésie française: étude épidémiologique (1988/1999). (2)
- G. Garcia en 2006 : Suicide et tentative de suicide en Polynésie française: prise en charge et prévention. (3)

Le manque de données dans la région du Pacifique occidental a amené, sur les recommandations de l'OMS, à développer un programme d'étude épidémiologique et de prévention appelé « Conduites Suicidaires dans les Territoires à Risque » (START). Ce programme est le résultat des discussions tenues lors de la conférence de l'OMS en 2005 à Manille (Philippines), et à laquelle ont participé les représentants de 22 Etats et Territoires du Pacifique occidental. (4)

L'étude de la santé mentale en PF a été complétée par le lancement en 2015 à Tahiti et Moorea de l'enquête Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (SMPG). Cette enquête menée par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) est une recherche-action internationale multicentrique développée depuis 1997. Déjà réalisée en France métropolitaine, dans les DOM ou en Nouvelle-Calédonie, elle amènera de nouvelles données comparables sur la santé mentale des polynésiens, et notamment sur le risque suicidaire en PF.

La première partie de ce travail présente les données générales issues de la littérature concernant les conduites suicidaires. La seconde partie s'intéressera à dresser un état des lieux des suicides et tentatives de suicide dans le contexte géographique, social et culturel de la Polynésie française, et ce avec l'apport des dernières données et études disponibles sur le sujet. Enfin, la troisième partie présentera l'enquête SMPG menée en 2015 à Tahiti et Moorea.

1ère partie

Données générales sur le suicide et les tentatives de suicide

1. Définitions

1.1. Suicide

Le terme suicide vient du latin suicidium, des mots « sui » : soi et « caedere » : tuer, soit l'action par laquelle l'être humain se donne lui-même la mort. (5)

Selon l'OMS, le suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort, par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale. (1)

Dans le DSM-IV et la CIM-10 le suicide est défini comme un symptôme de pathologies psychiatriques.(6)(7) Depuis le DSM-5, le suicide est classé dans une nouvelle entité diagnostique, nommée « suicidal behavior disorder ». (8) (9)

Le suicidé désigne un individu dont le suicide a abouti au décès.

Le suicidant, un individu ayant réalisé une tentative de suicide.

Le suicidaire, un individu ayant des idées suicidaires ou exprimant des menaces de suicide.

1.2. Tentative de suicide

Selon l'OMS, le terme de tentative de suicide se réfère « à tout comportement suicidaire non mortel ; et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression avec intention de mourir ou pas ». (1)

La distinction de l'autoagression avec, ou sans intention de mourir est complexe car l'intentionnalité suicidaire est parfois difficile à attribuer à l'individu.

L'ANAES définit le terme comme une « conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir ». (10)

1.3. Idées suicidaires

Les idées suicidaires correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. L'idée de mettre fin à ses jours est plus ou moins intense et élaborée.(5)

Elles peuvent parfois être exprimées sous la forme de menaces suicidaires, c'est-à-dire une « conduite faisant craindre la réalisation à court terme d'une tentative de suicide ». (10)

1.4. Conduites suicidaires

Les conduites suicidaires reflètent une variété de comportements, comprenant les suicides et les tentatives de suicide. (11)

Pour l'OMS, le comportement suicidaire se réfère à un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, de la tentative de suicide au suicide. Certaines conduites à risque peuvent s'apparenter à des équivalents suicidaires, c'est-à-dire un désir inconscient de mort, sans intention directement formulée.

1.5. Crise suicidaire

La conférence de consensus de l'ANAES en 2000 définit la crise suicidaire comme « un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles ». (12)

L'envahissement par des idées suicidaires devenant de plus en plus important, le sentiment d'impasse et la souffrance psychique peuvent aboutir à un passage à l'acte. Le suicide représente une des sorties possibles de cet état de crise psychique et en est le risque majeur.

1.6. Nomenclature internationale sur le suicide

La définition de ces différents termes peut varier d'un auteur à l'autre. Devant l'absence de consensus, un projet de glossaire international et interculturel des comportements suicidaires est en cours d'élaboration. (13)

Le projet est à l'initiative du Dr Goodfellow, psychiatre au centre hospitalier de Nouméa, avec la collaboration de l'ONS et de l'institut de veille sanitaire en charge de la réponse française.

2. Epidémiologie mondiale

2.1. Incidence du suicide

Selon le dernier rapport publié en septembre 2014 par l'OMS, on estime le nombre de suicide dans le monde à 804 000 par an, soit un taux global standardisé de 11,4 pour 100 000 habitants en 2012. (1)

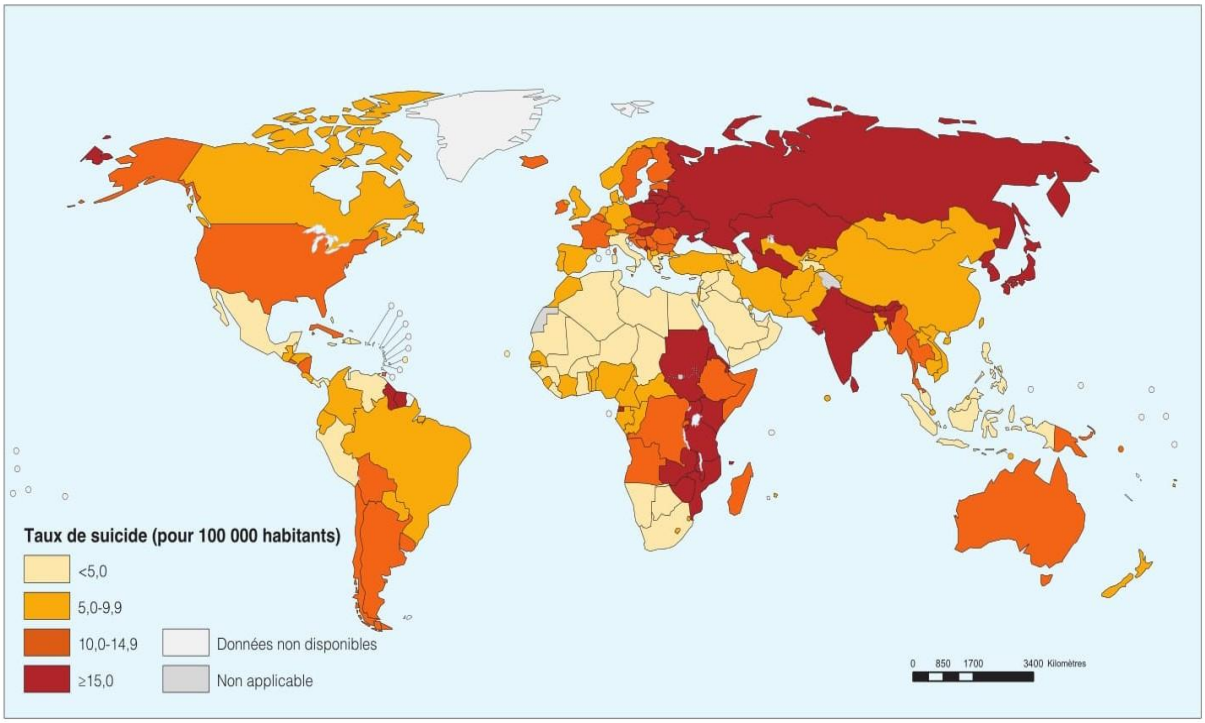
En 2012, le suicide comptait pour 1,4 % de tous les décès du monde, ce qui en faisait la 15ème principale cause de mortalité.

L'OMS souligne que ces données sont sous-évaluées. L'enregistrement du suicide est une procédure complexe, à la fois médicale et juridique. Le suicide pouvant être classé à tort dans les catégories « accidents » ou « autres causes de décès ». Dans les pays ne disposant pas d'un système d'enregistrement d'état civil efficace, il n'est souvent pas identifié. De plus le suicide peut être considéré comme illégal dans certains pays.

Parmi les 172 États membres de l'OMS comptant plus de 300 000 habitants, les taux de suicide standardisés selon l'âge vont de 0,4 à 44,2 (soit 105 fois plus) pour 100 000 habitants (Carte 1 suivante). Seuls 60 pays disposent de données d'état civil de bonne qualité : les taux de suicide nationaux ajustés selon l'âge vont de 0,89 à 28,85 pour 100 000, soit une variation jusqu'à 32 fois supérieure, en 2012. (1)

A l'échelle mondiale, l'OMS précise que le taux standardisé selon l'âge a baissé de 26 % entre 2000 et 2012, soit 23 % chez les hommes et 32 % chez les femmes. La baisse des taux de suicide a été plus rapide que celle de la mortalité globale (26 % contre 18 %), soit 8 %. L'objectif inscrit dans le Plan d'action pour la santé mentale de l'OMS est de réduire de 10 % le taux de suicide d'ici à 2020.

Carte 1. Taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants), hommes et femmes, 2012



Carte 1 : Source Rapport OMS 2014

2.2. Prévalence des tentatives de suicide

Il existe principalement deux méthodes pour recueillir des données sur les taux de tentatives de suicide. D'une part grâce aux auto-déclarations de comportements suicidaires dans les enquêtes menées en population générale. Et d'autre part grâce aux dossiers médicaux sur le traitement d'auto-agressions au sein des établissements de santé.

Le rapport des enquêtes de l'OMS de 2001 à 2007 repose sur les données de 21 pays, sur plus de 100 000 personnes âgées de 18 ans ou plus. La prévalence annuelle mondiale estimée des tentatives de suicide déclarées au cours des 12 mois précédents est de 4 pour 1000 adultes. Selon les taux de suicide mondial de 2012, les tentatives de suicide sont environ 20 fois plus fréquentes que les suicides. (1)

En moyenne on estime un suicide toutes les 40 secondes, et une tentative de suicide toutes les 3 secondes. (14) (15)

2.3. Indicateurs sociodémographiques

2.3.1. Selon le sexe

Il était généralement admis que la mortalité par suicide est 3 fois supérieure pour les hommes que pour les femmes. Cependant ce rapport élevé est principalement observé dans les pays à revenu élevé.

En 2012 dans les pays à revenu élevé le rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge était de 3,5. Tandis que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le rapport hommes/femmes est seulement de 1,6.

Selon le rapport de l'OMS, le sexe ratio des tentatives de suicide est inversé dans les pays à revenu intermédiaire. Deux fois plus de femmes tentent de se suicider que les hommes. Dans les pays à revenu élevé et faible, le ratio est neutre.

2.3.2. Selon l'âge

Les taux de suicide augmentent avec l'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cependant, les schémas âge-sexe relatifs aux taux de suicide entre 15 et 70 ans varient selon les régions.

Dans le monde, parmi les jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans, le suicide compte pour 8,5 % de tous les décès et arrive en deuxième position des causes de mortalité (après les accidents de la route). Chez les adultes entre 30 et 49 ans, il représente 4,1 % de tous les décès et constitue la cinquième principale cause de mortalité.

2.3.3. Zone géographique

Le taux de suicide standardisé selon l'âge est légèrement supérieur dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), soit 12,7 contre 11,2 pour 100 000 habitants. Cependant les PRFI représentent 81,7 % de la population mondiale, et enregistrent 75,5 % de tous les suicides.

Dans les PRFI les jeunes adultes de 15 à 29 ans et les femmes âgées de 50 à 69 ans affichent des taux de suicide plus élevés que ceux des pays à revenu élevé. Le taux de suicide est lui supérieur chez les hommes âgés de 30 à 49 ans dans les pays à revenu élevé comparé à ceux des PRFI.

Dans les pays à revenu élevé et dans les PRFI de la région Asie du Sud-Est, le suicide représente respectivement 17,6 % et 16,6 % de tous les décès survenus chez les jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans. C'est la principale cause de mortalité chez les hommes et les femmes.

3. Données en France métropolitaine

3.1. Incidence du suicide

Selon l'Observatoire National du Suicide (ONS), le nombre de suicides en France métropolitaine est passé sous la barre des 10 000 décès avec 9715 décès comptabilisés pour l'année 2012, soit près de 27 décès par jour.

Une enquête réalisée par le CépiDc-Inserm a évalué la sous-estimation des décès au niveau métropolitain à 9,4 %, variant selon les régions, 0,3 % en Bretagne à 46 % en Ile de France. (16) En tenant compte de cette sous-estimation, on peut évaluer le nombre de décès par suicide en France métropolitaine à 10 690 en 2012. (13)

Le taux standardisé de mortalité par suicide s'établit, tous âges confondus, à 16,7 pour 100 000 en France métropolitaine en 2012. Les taux standardisés ont diminué de 17 % entre 2002 et 2012, passant de 20,1 à 16,7 pour 100 000 habitants.

3.2. Prévalence des tentatives de suicide

L'InVS a mis en place un système de surveillance à partir de différentes sources de données (PMSI-MCO, RIM-P, Oscour®) afin de recenser les TS ayant donné lieu à un contact avec le système de soins. On estime le nombre de passages aux urgences pour TS à environ 190 000 par an. (17) En 2013, 78 980 patients ont été hospitalisés en services de médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) après une tentative de suicide, soit 30 475 hommes et 48 505 femmes. (13)

Entre 2008 et 2013, le taux d'hospitalisation pour TS dans les services de médecine et chirurgie en France métropolitaine et départements d'outre-mer est passé de 17,5 pour 10 000 habitants en 2008 à 15,7 pour 10 000 en 2013.

D'après l'enquête Baromètre santé de l'INPES en 2014, la prévalence de TS vie entière déclarée par les interrogés est de 7,1 % chez les 15-75 ans, et de 0,8 % au cours des 12 derniers mois. Une hausse a été observée sur la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie entre 2010 et 2014, respectivement 5,8 % et 7,1 % chez les hommes comme chez les femmes.

3.3. Indicateurs sociodémographiques

3.3.1. Selon l'âge

Le taux de décès par suicide augmente avec l'âge. En 2012, l'incidence du suicide pour 100 000 habitants est de : 0.3 chez les 1-14 ans ; 6,1 chez les 15-24 ans ; 18,8 chez les 25-54 ans ; 20,6 chez les 55-74 ans ; 39,8 chez les 75 ans et plus. (Tableau 1 suivant)

La part du suicide dans la mortalité générale est plus élevée chez les 15-24 ans, le suicide représentant 18 % du total des décès. A partir de 75 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès.

TABLEAU 1 • Effectifs et taux standardisés* de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âges en France métropolitaine, en 2012

	Hommes			Femmes			Deux sexes		
	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale
1-14	22	0,4	3,32	11	0,2	2,18	33	0,3	2,83
15-24	358	9,4	17,93	106	2,8	14,30	464	6,1	16,95
25-54 ans	**3582**	**29,09**	**12,75**	**1069**	**8,47**	**7,67**	**4651**	**18,78**	**11,06**
25-34	687	17,8	21,57	181	4,6	14,55	868	11,2	19,60
35-44	1277	30,1	18,90	336	7,8	10,00	1613	19,0	15,95
45-54	1618	38,1	8,91	552	12,6	5,91	2170	25,4	7,89
55-74 ans	**1933**	**30,30**	**2,25**	**766**	**10,85**	**1,78**	**2699**	**20,57**	**2,09**
55-64	1178	30,2	3,00	484	11,6	2,67	1662	20,9	2,90
65-74	755	30,4	1,61	282	10,0	1,14	1037	20,2	1,45
75 ans ou +	**1410**	**67,07**	**0,87**	**458**	**12,61**	**0,21**	**1868**	**39,84**	**0,49**
75-84	901	54,5	1,11	296	12,4	0,43	1197	33,4	0,80
85-94	483	97,9	0,66	145	12,8	0,12	628	55,3	0,33
95 et +	26	122,0	0,32	17	17,8	0,05	43	69,9	0,11
Tous âges	**7305**	**25,93**	**2,60**	**2410**	**7,42**	**0,87**	**9715**	**16,67**	**1,74**

Source : Observatoire national du suicide, 2e rapport, 2015. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU et EFTA

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France par âge et sexe pour les femmes sont plus élevés que les taux masculins. Deux pics de séjour pour TS sont retrouvés, l'un pour les femmes de 15 à 19 ans et l'autre pour les femmes de 40 à 49 ans, soit en moyenne respectivement 42 et 30 pour 10 000. Chez les hommes, les taux d'hospitalisation pour TS augmentent avec l'âge, atteignant le maximum chez les 40-44 ans, soit en moyenne 22,5 pour 10 000. (13)

La prévalence globale de TS au cours des 12 derniers mois chez les jeunes de 15-19 ans est la plus élevée (1,5 %) par rapport aux autres classes d'âges. Dans cette tranche d'âge, la prévalence des TS au cours des 12 derniers mois chez les femmes est supérieure à celle observée chez les hommes, soit 2,6 % contre 0,5 %.

En 2014 chez les personnes âgées de 15 à 75 ans, 5,0 % ont déclaré des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, avec un pic à 6,4 % chez les 45-54 ans. Entre 2010 et 2014 on observe une augmentation de 26,0 % de la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les 15-75 ans, cela autant chez les hommes que chez les femmes.

3.3.2. Selon le sexe

Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, respectivement 7 305 et 2 410 décès. Le taux de décès standardisés par âge est

trois fois supérieur chez les hommes que chez les femmes, soit 25,9 et 7,4 décès pour 100 000 habitants. (13) Chez les hommes, le taux de décès augmente avec l'âge, soit un taux de 9,4 pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans, contre un taux de 67,1 pour 100 000 hommes âgés de plus de 74 ans.

Concernant le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide en 2013, il est de 18,9 pour 10 000 chez les femmes et de 12,4 pour 10 000 chez les hommes.

Selon le Baromètre santé 2014 de l'INPES, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir tenté de se suicider au cours de la vie, soit respectivement 9,3 % contre 4,9 %. Au sein de cette population, 37,7 % ont déclaré au moins une récidive.

Les femmes sont également plus nombreuses que les hommes à avoir des pensées suicidaires. Les proportions sont de 6,9 % des femmes contre 3,9 % des hommes chez les 55-64 ans, et de 5,9 % des femmes contre 3,2 % des hommes chez les 65-75 ans.

3.3.3. Zone géographique

Selon l'INSEE et les données Eurostat en 2012, le taux standardisé de décès par suicide pour les 28 pays de l'union européenne est de 11,7 pour 100 000 habitants. (18)

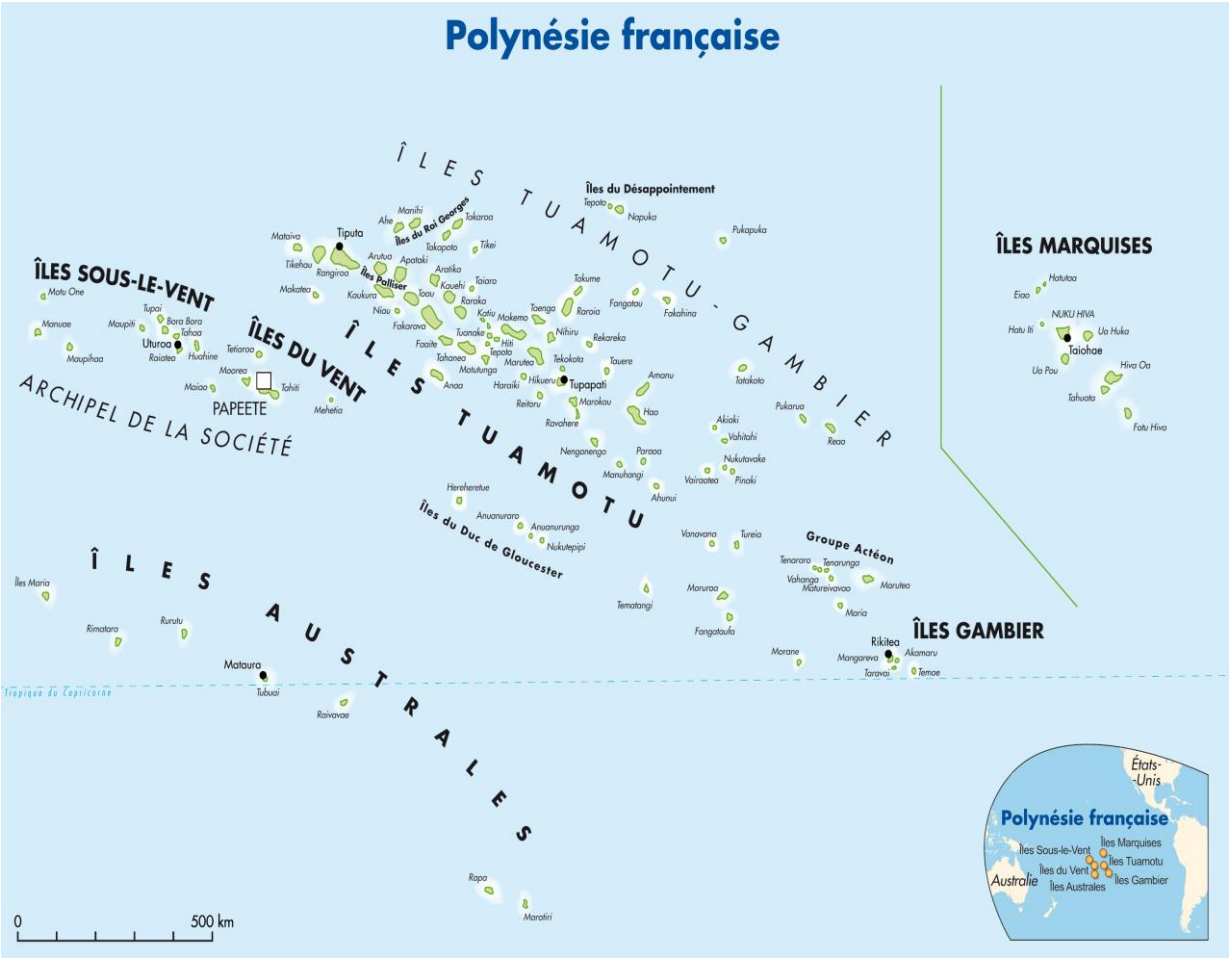
Avec un taux de 15,71, la France se classe parmi le groupe de pays à taux élevé derrière l'Autriche, la Belgique et la plupart des pays de l'Est, la Lituanie ayant le taux de suicide le plus élevé à 28,5 pour 100 000 habitants. Le groupe ayant les taux les plus bas est constitué du Royaume-Uni, de l'Italie, de Malte, de Chypre et de la Grèce avec un taux de suicide 2,8 pour 100 000 habitants.

Concernant la métropole, les taux de décès par suicide pour 100 000 habitants standardisés en 2010-2012 diffèrent selon les régions (CépiDc-Inserm). Le taux le plus élevé est retrouvé en Bretagne (28,2 pour 100 000), suivi des régions Basse-Normandie (26,6), Nord-Pas-de-Calais (24,2), Limousin (22,2) et Pays de la Loire (21,8). Les régions Midi-Pyrénées (14,2), Corse (13,8), Rhône-Alpes (13,7) et Alsace (12,4) enregistrent les plus bas taux de décès par suicide.

Les taux de séjours hospitaliers pour TS diffèrent également selon la région et le département. Les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire, présentent des taux de plus de 20 % supérieurs au taux national en 2013, et cela chez les hommes comme chez les femmes.

2ème partie

Etat des lieux des suicides et tentatives de suicide en Polynésie Française



Carte : Source : http://www.outre-mer.gouv.fr

1. Contexte polynésien

1.1. Spécificité culturelle

1.1.1. Cadre géographique et historique

Au sein du Pacifique sud, la Polynésie française s'étend sur une superficie comparable à celle de l'Europe (2.5 millions de km^2). Elle se compose de 118 îles regroupées en cinq archipels, notamment l'archipel de la Société dont font partie les îles de Tahiti et de Moorea. (19)

Tahiti abrite la ville de Papeete, centre économique et administratif de la Polynésie française. Distante de 18 000 km de Paris, le décalage horaire est de 11 heures en hiver et 12 heures en été. La monnaie utilisée est le franc Pacifique, ou franc CFP : 1 CFP vaut 0,00838 euro.

Depuis les côtes d'Asie du sud-est (vers 1500 avant J.C), le peuplement de la Polynésie s'est effectué par vagues migratoires successives, jusqu'à créer ce que l'on appelle le " triangle " polynésien s'étendant des îles Hawaii au Nord, à la Nouvelle-Zélande au sud-ouest et l'île de Pâques au sud-est. (20) (21)

Les îles de la Société furent révélées par les européens le 19 juin 1767, lorsque le capitaine anglais Wallis atteignit Tahiti. Une période de profond changement débute alors avec l'arrivée des premiers missionnaires protestants, le christianisme imposant un nouveau mode de vie. (19)

L'histoire des liens unissant la France et la Polynésie débute avec le traité de protectorat de 1842, puis la formation des Établissements français de l'Océanie (EFO) en 1880. Territoire d'outre-mer de la République depuis la création de l'Union française en 1946, les EFO prennent le nom de « Polynésie française » en 1957. L'année 1960 marque le début de l'installation du Centre d'expérimentation du Pacifique (CEP), qui va transformer profondément l'économie et la société polynésienne. En 1996 entre en vigueur un nouveau statut d'autonomie pour la Polynésie française où l'Etat français exerce des compétences recentrées sur ses missions régaliennes. La loi organique du 27 février 2004 élargit encore cette autonomie et lui confère le statut unique de Pays d'Outre-Mer.

Après une période d'instabilité politique, une nouvelle loi organique relative au fonctionnement des institutions est adoptée en 2011. Le Pays d'outre-mer est structuré autour de cinq institutions : le Président de la Polynésie française, le gouvernement, l'Assemblée de la Polynésie française, le Conseil économique, social et culturel et le Haut-conseil de la Polynésie française. (22)

1.1.2. Données socio-démographiques

La société polynésienne est pluriethnique, et composée globalement de 4 groupes : les *Ma'ohi*, peuple originel majoritaire ; les « demis » ou *Afa*, métis polynésien ; les « Chinois » ou *Tinito*, descendants des ouvriers du coton du XIXe siècle ; et les étrangers ou *Popa'a*, dont les *Popa'a farani* (français).

D'après le recensement de l'ISPF en 2012 (23), la population polynésienne s'établit à 268 207 habitants. La population polynésienne a doublé en moins de 40 ans. L'île de Tahiti rassemble 183 700 habitants, soit deux polynésiens sur trois. L'exode des archipels pour la capitale est un phénomène en constante augmentation.

Entre 2007 et 2012 (24), la croissance de la population a ralenti à 0,6 % en moyenne par an (1,2 % entre 2002 et 2007). Le taux de fécondité est passé de 3,8 enfants par femme en 1988 à 2,1 en 2012. La mortalité infantile est tombée à 10,2 ‰ en 2013 alors qu'elle s'élevait à 20,5 ‰ en 1987.

Le solde migratoire (arrivées – départs) observé entre les recensements de 2007 et 2012 est déficitaire : il est estimé à 1500 départs nets par an selon les chiffres de l'ISPF, notamment par la progression du nombre d'émigrants de la classe d'âge des 15-24 ans. Le taux de chômage a quasiment doublé en cinq ans, soit un taux de 21,8 % en août 2012. On dénombre 25 000 chômeurs, dont la moitié a moins de 25 ans.

L'espérance de vie à la naissance a augmenté progressivement et atteint actuellement 76,3 ans (74,1 ans chez les hommes et 78,1 ans pour les femmes). (25) La durée de vie moyenne reste inférieure à celle de la France métropolitaine, où elle est de 79,0 ans pour les hommes et 85,1 ans pour les femmes selon l'Insee 2015. (26)

Selon les projections de l'Institut de la Statistique de la Polynésie française (ISPF), la population devrait s'élever à 320 000 habitants en 2027. L'âge moyen passerait de 28 à 37 ans. (27) Par rapport à la France métropolitaine où l'âge moyen est de 40 ans en 2012, la population polynésienne reste jeune, mais elle est sur la voie du vieillissement.

D'après le recensement de 2012 (28), la langue française est comprise par 98 % de la population, et 29 % de la population parlent une langue polynésienne (Tahitien, Marquisien, Paumotu, Mangarévien, langues Australes). Les trois quarts des habitants déclarent savoir écrire une langue polynésienne, et 95 % la langue française.

1.1.3. Mythes et légendes polynésiennes, rapport à la mort et au suicide

Les trois légendes polynésiennes présentées ci-dessous illustrent notre propos sur l'aspect culturel polynésien (tirées de l'ouvrage « Suicide à Tahiti : Le paradoxe du suicide au paradis » par S. AMADEO) :

La légende du cocotier

Hina, jeune fille nubile, fut promise à un prince. Découvrant que ce prince n'était autre qu'une anguille, elle s'enfuit chez Maui (Maui est considéré à la fois comme un héros, un demi-dieu ou un dieu) à qui elle demanda protection. L'anguille la pourchassa. Maui s'interposa. Il s'ensuit alors un combat entre lui et l'anguille. Il la tua, la décapita, enveloppa la tête dans des feuilles, puis la remit à Hina, lui conseillant de ne point la poser par terre. Hina s'en retourna chez elle. En cours de route, elle eut chaud. Oubliant le conseil de Maui, elle posa son paquet à terre et prit un bain pour se rafraîchir. Elle continua sa route puis se souvint soudain du paquet qu'elle avait laissé à terre. Elle rebroussa chemin et découvrit à la place un arbre étrange, longiligne, à son extrémité une gerbe de grandes et longues feuilles affichaient sa magnificence, ainsi que d'énormes grappes de fruits excitant la curiosité et la convoitise de Hina. C'était le premier cocotier.

La légende de l'arbre à pain

Sur l'île de Raiatea sévit une grande famine. Ruataata et son épouse ne savaient que faire. Ils eurent pitié de leurs enfants qui leur réclamaient à manger. Alors, ils décidèrent de s'en aller dans les montagnes pour manger des fougères. Le soir, ils trouvèrent refuge dans une caverne. Durant cette nuit Ruataata dit à son épouse : « O Rumauarii lorsque tu t'éveilleras le matin va dehors et tu verras mes mains qui sont devenues des feuilles, regarde le tronc et ses branches, ce sera mon corps et mes jambes, et le fruit rond que tu verras sera mon crâne ; le cœur du fruit sera ma langue. Fais rôtir le fruit, laisse-le tremper dans l'eau, puis enlève la peau en le battant et manges-en, puis donnes-en à nos enfants ; ainsi vous n'aurez plus faim.» Ruataata sortit de la grotte laissant la femme toute seule avec les enfants. Le lendemain, lorsque Rumauarii voulut sortir, qu'elle ne fut sa surprise de constater qu'un bel arbre ombrageait l'entrée de la grotte. Ainsi se souvint-elle des propos tenus la veille par son époux. « Tout en pleurant, elle ramassa les fruits, les fit rôtir et après les avoir trempés dans l'eau selon les indications de son mari, en nourrit ses enfants et en mangea elle-même ».

La légende de Pipiri mā

La légende raconte que par une nuit splendide, TauaTiaroroa et sa femme Rehua partirent à la pêche, tandis que leurs enfants Pipiri et Rehua dormaient paisiblement sur leurs nattes. La

pêche fut bonne, les parents revinrent et préparèrent le dîner. L'odeur appétissante des mets réveilla Pipiri et sa sœur. Rehua demanda à son mari de réveiller les enfants. Celui-ci, craignant d'interrompre leur sommeil, décida de les laisser dormir. Entendant cela, les enfants furent profondément blessés. Alors, ils décidèrent de s'enfuir. Le repas achevé, les parents se dirigèrent vers la case. Ils n'y trouvaient personne. Ils aperçurent au loin, les enfants s'enfuyant. Les parents les poursuivirent. Les enfants gravirent la montagne et s'accrochèrent à un cerf-volant qui les emporta vers les cieux. La mère les supplia de revenir, mais rien n'y fit. Ils s'étaient transformés en étoiles. Folle de douleur, elle n'entendait plus son mari qui lui disait de rentrer à la maison.

Selon Edgar Tetahiotupa (29), ces trois exemples de légendes racontent la mort dans la société traditionnelle polynésienne. La mort peut être perçue comme un don de soi : par le don du corps de Ruataata pour nourrir sa famille ; comme une renaissance : par la transformation de l'anguille en cocotier ; comme une réincarnation : par la transformation des enfants Pipiri-mā en étoiles. Considérer l'ordre naturel du cycle de la vie et de la mort pouvait aider le Polynésien à mieux vivre son deuil et soulager sa douleur.

D'après la thèse d'E. Vigneron (1985), repris par G. Garcia (2006), « la mort est représentée comme la séparation définitive de l'esprit *(Varua)* et du corps *(Tino)*, séparation qui amorce la corruption et la dissolution progressives de ce dernier. L'esprit du mort est censé demeurer quelques temps à proximité du corps avant d'entamer un long et périlleux chemin vers le pays des morts. »

Sur le plan sémantique, quatre termes existent pour signifier le suicide, soit trois termes anciens et un plus récent (Vāhi Sylvia Tuheiava-Richaud). (29)

- *Fa'a-'ā'au* : la mort par suicide touche le centre vital de l'être humain, les viscères, siège des émotions, de l'affect, de la conscience. Le geste est guidé par de l'incompréhension, de la colère, de la jalousie, ou par une impulsion.
- *Onohi, Oroio* : la mort par suicide est la conséquence d'une immense tristesse, d'une souffrance intérieure qui emprisonne l'être. Beaucoup de récits racontent que des hommes et des femmes se laissaient aller en sombrant dans une profonde mélancolie quand l'objet de leur attachement leur était enlevé, disparaissait ou ne les aimait plus.
- *Ha'apohe, Ha'amate* : terme utilisé actuellement plus neutre et épuré de données de type culturel et psychologique.

En définitive, on note l'importance de l'approche culturelle pour aborder la problématique du suicide en PF. Le rapport à la mort et au suicide dans la société polynésienne prend tout son sens au travers des soins des polynésiens et dans la représentation de la maladie.

1.1.4. La famille polynésienne, l'enfant *Faa'amu*

Même si la mondialisation fait apparaitre un développement des familles nucléaires chez les jeunes couples, la société polynésienne traditionnelle s'organise autour de la famille élargie. Sous le même toit vivaient et vivent encore les grands-parents, les parents, les enfants, et apparentées, les oncles, les tantes et les cousins germains.

Sur le plan linguistique, le même terme est utilisé pour désigner son père, mais également les frères ou les cousins de celui-ci. Le système polynésien de parenté est dit « classificatoire » car il n'existe qu'un seul terme pour désigner les membres d'un échelon généalogique.

Il existe des termes précis pour désigner les parents biologiques : *Fa'anau* (littéralement : donner la vie), et les parents adoptifs : *Fa'a'amu* (littéralement : donner à manger). Ces notions de vocabulaire montrent combien l'adoption est un phénomène culturel important. Dans la mythologie tahitienne, les adoptions sont nombreuses entre les dieux qui scellent ainsi des alliances. Historiquement à l'issue des guerres qui furent nombreuses entre les différentes îles, l'échange d'enfants entre les souverains était le meilleur moyen de conclure la paix.

On estime qu'entre 10 et 20 % des enfants bénéficient de transferts.(30) L'enfant *Fa'a'amu* peut être confié à ses grands-parents, à ses frères ou sœurs aînées, à des parents plus éloignés, mais il peut être donné à des tiers, amis ou voisins, forme d'adoption plus élargie dépassant le cercle des *Feti'i* (famille). En Polynésie, l'enfant adopté ne perd pas son lien avec la famille biologique et il peut être réintégré dans celle-ci. L'adoption d'un enfant au sein d'une même famille se fait sans procédure.

Selon l'INPS et l'enquête ECAAP 2009 (31), pour 71,7 % des jeunes Polynésiens, les parents vivent ensemble, pour 22,5 %, ils sont séparés et pour 5,5 %, l'un des deux est décédé. Concernant la structure du foyer, 63,0 % des adolescents vivent avec leurs deux parents, 18,7 % avec leur père ou leur mère, 5,2 % avec des parents adoptifs, 12,0 % avec leurs grands-parents, tandis que 5,8 % vivent avec une ou plusieurs personnes autres (conjoints, tuteurs, amis) et que 5,6 % vivent dans un foyer, un pensionnat.

Par ailleurs, 22,4 % vivent avec moins de trois personnes à la maison, 37,2 % avec quatre à cinq personnes et 40,4 % avec plus de cinq personnes. En terme de fratrie, seuls 10,3 % n'ont ni frère ni sœur, 26,8 % en ont un ou une, 40,4 % en ont deux ou trois, 14,6 % en ont quatre ou cinq et 7,9 % en ont au moins six.

1.1.5. *Mahu* et *Rae rae* dans la société polynésienne

En Polynésie (32) (33) , un *Mahu* est un homme aux manières efféminées qui s'habille en homme, peut être marié, avoir des enfants. On les retrouve souvent dans la fonction publique, les métiers de service ou d'hôtellerie. Historiquement ces garçons recevaient une éducation particulière dès l'enfance ; plus âgés, ils s'occupaient du foyer, se travestissaient librement, mangeaient à l'écart des hommes et dansaient et chantaient avec les femmes.

A la différence du *Mahu*, un *Rae rae* homme se comporte et se considère comme une femme, s'habille comme une femme, choisit un prénom féminin et en général les professions seyant aux femmes. Les *Rae rae*, dans une démarche transsexuelle, peuvent vouloir suivre un traitement hormonal et parfois poussent leur désir jusqu'à l'intervention chirurgicale. Certains *Rae rae* mènent une vie nocturne, rimant avec drogue et prostitution. Ces derniers sont bien souvent rejetés par la société polynésienne et leur famille.

1.1.6. Religions

La religion *Ma'ohi* est à la fois polythéiste et chamanique, le monde étant peuplé d'esprits. Elle se caractérise par la notion de sacré, de profane, et de danger du sacré. Le culte, notamment avec les *marae*, endroits sacrés des cérémonies, et les tabous (*Tapu* ou *Tabu*, signifiant multiple d'interdit) servent à maintenir cette séparation. Une place importante est faite au culte des ancêtres *(Oromatua)*.

On retrouve encore aujourd'hui le *Tabu* ; le *mana*, pouvoir et puissance de l'esprit, énergie au sens large ; les *Tupapa'u* ou esprits des morts, ancêtre gardien détourné de son attribution par sorcellerie pour amener malheur et maladie.

La population polynésienne est imprégnée de pratiques religieuses fortes, avec une religiosité omniprésente. Il est difficile d'évaluer avec précision le poids des différentes confessions. Aucun chiffre officiel récent n'existe.

Les premières missions protestantes en Océanie ont introduit le christianisme à Tahiti : le 5 mars 1797, date à laquelle les missionnaires du navire le Duff affrété par la London

Missionary Society ont débarqué dans la baie de Matavai, est inscrit depuis 1978 sur le calendrier des fêtes officielles polynésiennes. Issues d'une histoire missionnaire dont l'enjeu était tout autant la conquête territoriale que religieuse, les îles Australes sont majoritairement protestantes ; les îles Marquises, les Tuamotu et les Gambier majoritairement catholiques.

Selon un sondage de l'institut Louis Harris réalisé en 2000 (34), on peut estimer à Tahiti qu'environ 80 % des personnes qui déclarent une religion d'appartenance appartiennent à 40 % à l'Eglise Catholique et à 40 % à l'Eglise Protestante Ma'ohi ; les 20 % restant se répartissant entre les différentes religions minoritaires dont l'Eglise de Jésus-Christ des saints des derniers jours (7 %), l'Eglise mormone réorganisée sous le nom de Sanito (3 %), l'Eglise adventiste du 7e jour (6 %), les témoins de Jéhovah (2 %).

1.1.7. La médecine traditionnelle

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, « la médecine traditionnelle est la somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. »

En Polynésie française, la médecine traditionnelle est pratiquée par le *Tahu'a ra'au* ou tradipraticiens. Le registre surnaturel est incontestablement présent, en lien avec l'influence des *Tupapa'u* (esprits des morts) sur la maladie. Culturellement la conception de la santé et de la maladie par le polynésien est éloignée de la vision occidentale. Les pratiques de guérison sont étroitement liées à deux concepts polynésiens fondamentaux : ceux de *Tapu* (interdit) et de *mana*. Le *mana* est le pouvoir divin permettant aux guérisseurs traditionnels de combattre les maladies considérées comme étant d'origine surnaturelle. Ce pouvoir est transmis de façon rituelle d'une génération à l'autre à l'intérieur de certaines familles.(35)

Les guérisseurs traditionnels traitent les maladies considérées comme endémiques dans la région (par opposition à celles perçues comme importées par les Occidentaux), et qui sont principalement de nature spirituelle, produit de l'interaction avec le monde des esprits.

La compréhension de la santé s'intègre dans la vie communautaire, la spiritualité, la religion ; mais avec pragmatisme quant au recours aux soins. (36) En pratique le *Tahua* et le *Taote* (docteur) sont souvent sollicités en parallèle.

Il existe plusieurs catégories de maladies (37) : *Ma'i tino*, les maladies du corps, *Ma'i mana'o*, les maladies mentales, et *Ma'i tapiri*, maladies surnaturelles, par opposition aux maladies naturelles *Ma'i mau*. Les affections interprétées comme des maladies surnaturelles peuvent être causées par un contact accidentel avec le surnaturel (rencontre d'un esprit ou imprudence dans l'approche d'un lieu ou objet chargé de mana) ; par la malveillance d'un individu lui ayant jeté un sort ; ou par une faute commise dans le passé, conséquence d'une maladie de rétribution. (38)

Les *Ra'au tahiti*, désignant les médicaments à base de plante ou de minéraux, sont pris en prévention tandis que d'autres soignent. Les massages traditionnels à base de *Mono'i* parfumé de fleurs, qui diffèrent suivant les régions, sont également utilisés.

A l'arrivée des Européens en Polynésie française à la fin du XVIII° siècle, la médecine traditionnelle a été réprimée pendant deux siècles, ou elle a été pratiquée en clandestinité. Depuis les années 70, elle réapparait au grand jour et pose la question de son cadre légal.

Une enquête descriptive transversale concernant le point de vue des médecins généralistes installés en Polynésie montre que les deux tiers des répondants se disent défavorables à la médecine traditionnelle, les autres reconnaissent une possible complémentarité entre les deux médecines. (39) Pouvant représenter un frein à la relation médecin-malade, il apparait important de mieux connaître la médecine traditionnelle en Polynésie française et de mieux l'intégrer dans le système de soins. (40)

1.2. Pathologies psychiatriques en Polynésie Française

1.2.1. Particularités du migrant

Selon une étude consacrée aux voyages pathologiques à Tahiti, on retrouve le voyage pathologique qui s'intègre dans le cadre d'une psychose chronique, les troubles psychiatriques étant à l'origine du déplacement. (41)

Le voyage pathogène dénommé le syndrome de Tahiti (ou des voyageurs en Polynésie) est une manifestation psychopathologique révélant la pathologie à l'issue du voyage, sous la forme d'une décompensation dépressive ou psychotique, et survenant chez une personne qui n'a aucune pathologie psychiatrique avant le départ. Il régresse habituellement après le retour dans le milieu habituel.

Trois mythes accompagnent les voyageurs en Polynésie : le mythe du Robinson (cas des exilés volontaires sur des îles désertes), le mythe du bout du monde (sur des états délirants mystiques) et le mythe de la nouvelle Cythère (touriste déçu devant la réalité tahitienne).

La dépression du résident se manifeste le plus souvent par un masque somatique, traduction d'un conflit non verbalisable « on ne déprime pas à Tahiti ». Le recours aux soins est souvent tardif et les comorbidités addictives fréquentes.

Transplanté dans une culture où les repères sont différents, tout voyageur est soumis à un choc culturel, avec une fascination ou un rejet de cette nouvelle culture. Cela peut révéler ou accentuer des troubles psychiatriques chez l'expatrié, qui, secondairement, s'adaptera à de nouveaux repères. (42)

Le jet-lag est fréquent lorsque l'on voyage à travers plusieurs fuseaux horaires et peut être à l'origine d'une symptomatologie dépressive voire d'une décompensation d'un trouble bipolaire.

1.2.2. Humeurs polynésiennes et pathologies

Le *Taure'are'a* correspond à une période d'adolescence prolongée, sans limite temporelle définie, mais souvent décrite chez les deux sexes entre 12 et 20 ans. Il s'agit d'une catégorie de comportement, le temps de l'amusement, qui pourrait se résumer par un certain hédonisme subversif (43), et qui pourrait faciliter des réactions impulsives non contrôlées. Les substances psychoactives font partie intégrante de cette période adolescente et post-adolescente. Le *Taure'are'a* s'achève lorsque l'homme connaît la maturité, *Pa'ari*, par exemple par le mariage. Ce modèle traditionnel fonctionne encore en environnement rural îlien, mais le contexte de transition de la tradition à la modernité urbaine (chômage, paupérisation) risque de conduire les jeunes *Taure'are'a* dans une impasse identitaire. (44)

Selon Virieu (45) (repris par Garcia (3)), le polynésien paraît intolérant aux frustrations. Celles-ci déclencheraient de grandes colères qui se résolvent soit dans un passage à l'acte immédiat soit sont aussitôt oubliées. « Tout se passe comme s'il existait un seuil de réaction affective au-delà duquel toute frustration détermine systématiquement un passage à l'acte et au deçà duquel la trace mnésique effective semble disparaître totalement, ou plus exactement est refoulée. »

Le *Fiu*, propre à la culture tahitienne, est défini par le petit Larousse comme « être en proie à une grande lassitude, en avoir assez ». Sans être une entité pathologique, il désigne pour une personne un état de fatigue proche du "spleen" et peut justifier l'arrêt immédiat de toute

activité. Le travail de thèse de Virieu définit le *Fiu* soit comme un état de ras-le-bol subi et irrépressible ; soit comme une symptomatologie correspondant à un état dépressif.

Les travaux de thèse de Virieu (45), Hureaux (46), Le Louarn (47) et repris par Garcia (3), identifient (selon les terminologies et classifications antérieures) quelques particularités des pathologies psychiatriques retrouvées chez les polynésiens.

Concernant les névroses : les névroses n'ont été qu'exceptionnellement observées, surtout les névroses phobique et obsessionnelle ; les troubles hystériformes sont rares ; les états anxieux plus fréquents ; les états dépressifs se présentent sous forme délirante ou masquée ; les dépressions névrotiques semblent être plus fréquentes à mesure que l'on s'écarte du modèle polynésien traditionnel.

Concernant les troubles psychotiques aigus : les bouffées délirantes aigues, avec une fréquente excitation psychomotrice et verbale, sont marquées par les thèmes mystique et de persécution en lien avec les *Tupapa'u* (esprits des morts) ; l'aspect culturel amène à une critique du délire différente comparée au modèle occidental, le patient pouvant continuer à interpréter ses troubles antérieurs à travers le prisme culturel des croyances au surnaturel, et ce, sans qu'il y ait de reliquat délirant.

Concernant les psychoses : la schizophrénie semble cliniquement similaire à la métropole, avec une meilleure tolérance socio-familiale ; les psychoses paranoïaques et les psychoses hallucinatoires chroniques sont rares ; la psychose maniaco-dépressive est dominante, avec des accès maniaques plus fréquent, et un risque suicidaire important.

1.2.3. Addictions

L'Enquête sur les conduites addictives des adolescents polynésiens (ECAAP) réalisée en 2009 a permis d'étudier la consommation des différentes substances psychoactives en PF. (48) (31) Les résultats ont montré que les consommations ont augmenté en dix ans.

L'expérimentation du tabac concerne 47 % des adolescents polynésiens scolarisés dans le secondaire en 2009 : 53 % des filles versus 41 % des garçons. Cet écart entre les sexes se retrouve pour l'usage quotidien (18 % des filles vs 10 % des garçons). Au-delà de 17 ans l'usage quotidien de tabac concerne deux garçons sur dix et le tiers des filles. L'usage quotidien est passé de 5 % à 14 % en dix ans. La moitié des fumeurs déclarent avoir fumé leur première cigarette avant 13 ans.

Le niveau de tabagisme quotidien apparaît similaire en Polynésie française (15 %) et en France métropolitaine (17 %), mais il est plus élevé chez les filles (20 %) que chez les garçons (10 %) en Polynésie.

L'usage régulier d'alcool concerne 4 % des 13-14 ans, 7 % des 15-16 ans, et plus d'un jeune sur dix parmi les 17-18 ans. L'expérimentation de l'ivresse augmente également avec l'âge : elle concerne 8 % des 10-12 ans pour atteindre plus des trois quarts des jeunes au-delà de 19 ans.

L'âge au premier verre d'alcool a baissé sur la dernière décennie. 13 % des buveurs d'alcool avaient déclaré en 1999 avoir bu leur premier verre avant 10 ans, passant à près d'un tiers en 2009. 44 % des adolescents déclarent avoir déjà été ivres en 2009 contre 32 % en 1999. Sur l'ensemble des indicateurs de consommation d'alcool de l'enquête, les différences entre garçons et filles apparaissent particulièrement faibles.

En Polynésie, les jeunes consomment moins fréquemment de boissons alcoolisées qu'en métropole, mais de manière plus excessive. Le mode de consommation d'alcool se fait sur le mode toxicomaniaque d'une recherche de l'ivresse, synonyme de fête (« bringue »), à la fois chez les adolescents et les adultes. A noter qu'il existe en Polynésie une forme de semi-prohibition. La vente d'alcool est strictement interdite le dimanche, ainsi que le jour et la veille d'une élection.

La bière de fabrication locale, boisson la plus largement consommée, rentre dans le cadre d'une pratique sociale valorisée et fait partie intégrante de la tradition *Ma'ohi*.(49) Selon cette enquête de 2003 réalisée par le Dr Brugiroux, il apparait cependant d'autres motifs de consommation : lutter contre l'ennui (31 %), tenter de se remonter le moral (31 %) ou encore affronter des problèmes importants dans le cadre familial ou professionnel (20 %). Ces raisons sont particulièrement citées par les 16-19 ans puisque 51 % boivent pour se remonter le moral et 32% pour affronter des problèmes importants.

41 % de la population de plus de 16 ans déclare avoir été ivre au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Ces épisodes concernent plus les hommes (47 %) que les femmes (35 %). En comparaison en 2005 (Baromètre santé INPS) en France métropolitaine 14 % déclarent avoir connu un tel épisode d'ivresse au cours des 12 derniers mois (21 % des hommes et 7 % des femmes).

Selon l'enquête ECAAP de 2009, l'expérimentation de *Paka* ou *Pakalolo* (cannabis) concerne 29 % des jeunes Polynésiens, soit un tiers des garçons (33 %) et un peu plus d'un quart des filles (26 %). L'âge de première consommation de *Paka* apparaît stable par rapport à 1999, plus des deux tiers des jeunes en ayant pris la première fois entre 13 et 16 ans. Selon l'échelle Cannabis Abuse Screening Test (CAST) 13 % des garçons et 9 % des filles présenteraient un usage à risque du *Paka*.

34 % des adolescents polynésiens de 15-16 ans ont déjà fumé du *Paka* et 26 % en ont fumé au cours de l'année, contre respectivement 31 % et 24 % en France métropolitaine. À 17 ans, tant l'expérimentation (48 %) que l'usage régulier de cannabis (8 %) sont comparables aux résultats observés en Nouvelle-Calédonie (respectivement 48 % et 7 %).

Le kava est la racine d'un poivrier sauvage dont l'expérimentation concerne 3 % des jeunes Polynésiens. Originaire de Papouasie Nouvelle-Guinée et du Vanuatu, la plante est consommée sous forme de boisson pour ses propriétés à la fois anesthésiantes, myorelaxantes, stimulantes, euphorisantes et hypnotique à fortes doses. Viennent ensuite les produits à inhaler type colles ou solvants (1,9 %), les amphétamines (1,7 %) et la cocaïne (1,6 %). Les drogues illicites autres que le *Paka* apparaissent ainsi nettement moins expérimentées qu'en France métropolitaine.

1.3. L'association SOS Suicide

Association de type loi 1901 fondée en 2001 sur l'initiative de soignants et du Dr Amadeo, l'association SOS Suicide se consacre à la prévention du suicide en Polynésie française. (50)

En 2012, l'association a créé un centre de prévention du suicide en partenariat avec la municipalité de Punaauia. Actuellement le centre propose :

- Une ligne téléphonique de crise 24h/24h et 7j/7 tenue par des écoutants formés.
- Un point d'écoute bénévole.
- Des soins à médiation corporelle : massages polynésiens traditionnels avec utilisation de monoï et d'huiles essentielles.
- Une équipe mobile d'intervention avec visites à domicile.
- Une information des patients et des familles sur les maladies mentales et le suicide avec des groupes de psychoéducation.
- Un rappel téléphonique par des psychologues pour les patients suicidants inclus dans le protocole de soins préventifs du programme régional de prévention du suicide de l'OMS.

L’association a joué un rôle majeur dans le soutien de nombreuses actions :

Depuis 2005 l’association organise les journées de prévention du suicide, journée nationale le 5 février et journée mondiale le 10 septembre.

L’association SOS Suicide effectue des sessions de formation et d’information à Tahiti et dans les îles, reposant sur le programme SUPRE : en 1999, l’OMS a lancé une initiative mondiale de Prévention du Suicide (SUicide PREvention) pour la mise en place d’enquêtes, d’interventions, et d’informations autour de ce sujet. (51) Il est mis à disposition des plaquettes d’informations intitulées « indications pour …. » destinées à des groupes sociaux et professionnels spécifiques. Il a été proposé par l’association de reprendre ce programme en l’adaptant à la Polynésie.

En 2005, l’OMS a adapté un des volets du programme SUPRE à la région, le programme SUPRE-MISS (WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours), en un nouveau programme appelé START (Suicide Trends in At-Risk Territories). Il est financé par le Ministère de la Santé et est mis en place avec le soutien de l’association. Ce deuxième volet, sur les quatre composant le programme START, consiste en une intervention randomisée comparant une intervention brève et un contact (BIC) au traitement habituel (TAU). L’enquête recueille des données auprès des suicidants admis aux urgences du CHPF ou des hôpitaux périphériques. Le dispositif de prévention est composé d’une intervention brève (psychoéducation) puis d’un rappel téléphonique régulier pendant 18 mois. (29) Les résultats de la période 2008-2010 ont été publiés en 2015. (52)

En 2014 s’est déroulée à Tahiti la conférence régionale Asie Pacifique sur la Prévention du Suicide, intitulée « Prévention du suicide, un voyage à travers l’Asie et les îles du Pacifique ». Evènement organisé par l’Association Internationale de Prévention du Suicide (IASP) et l’association SOS Suicide.

En 2015, l’association a contribué à organiser l’enquête SMPG (Santé Mentale en Population Générale) sur l’ile de Tahiti et Moorea en collaboration avec le CCOMS de Lille (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé). Les résultats seront publiés en 2016-2017.

A noter que depuis avril 2016, une convention a pu être signée entre l’association SOS Suicide et le Centre Hospitalier de Polynésie française. Ce partenariat intègre l’association dans le réseau de soins au bénéfice d’une meilleure prise en charge des patients et de leur famille.

2. Données épidémiologiques

2.1. Suicide

2.1.1. Caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide en Polynésie Française

Selon l'étude (53) réalisée sur la période 2005-2010 par le Bureau de Veille Sanitaire (BVS) de la PF, le taux moyen annuel standardisé de mortalité par suicide est de 11,3 pour 100 000 habitants, soit 32 suicides en moyenne par an pour 190 suicides recensés sur la période. Les suicides ont représenté 2,6 % des 1 209 décès survenant en moyenne chaque année.

Les suicides sont plus élevés chez les hommes, avec 8 décès sur 10, soit 25 hommes pour 7 femmes en moyenne par an. Les suicides ont représenté 3,5 % des décès masculins et 1,4 % des décès féminins. Les taux standardisés de mortalité (TSM) sont respectivement de 17,2 pour 100 000 habitants et de 5,2 pour 100 000 habitants. La surmortalité masculine par suicide est donc plus de 3 fois supérieure.

Le taux de suicide observé chez les 15-24 ans est de 21,8 pour 100 000 habitants, avec un taux de 29,5 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 13,9 pour 100 000 habitants chez les femmes, soit un ratio homme/femme de 2,1. Le suicide est la 1ère cause de décès chez les jeunes de 15-24 ans.

Chez les 25-44 ans le taux est de 17,8 pour 100 000 habitants, avec un ratio homme/femme qui s'élève à 4,5. Chez les 45-64 ans et chez les 65-84 ans, les taux diminuent respectivement à 10,9 et 10,7 pour 100 000 habitants.

Les suicides sont la 5ème cause de mortalité prématurée avant 65 ans avec un taux standardisé de 11,4 pour 100 000, et ce après le cancer du poumon (16,8/100 000), les maladies cérébro-vasculaires (12,9/100 000), les accidents de transport (12,6/100 000) et l'infarctus du myocarde (12,0/100 000). (54)

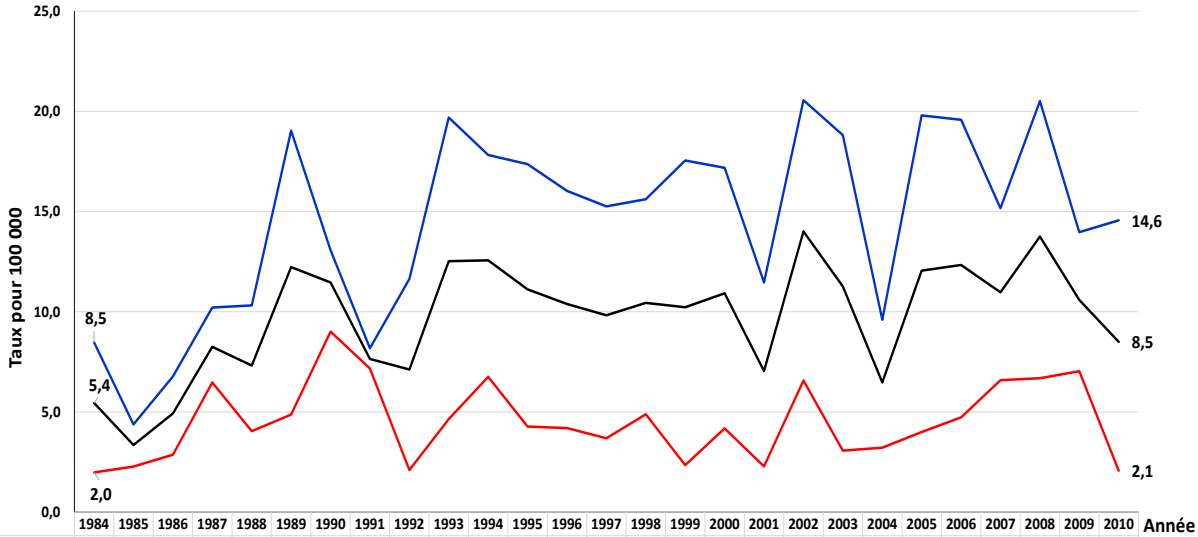
Chez les hommes, 6,6 % des décès prématurés sont dus au suicide soit un taux standardisé de mortalité prématurée de 16,9 pour 100 000 habitants ; contre respectivement 3,5 % et 5,6 pour 100 000 habitants chez les femmes. La surmortalité masculine est de 3,0 pour les décès par suicide avant 65 ans.

Les suicides sont la 2ème cause la plus importante des années potentielles de vie perdue (APVP), soit 10,3 % du total des APVP, après les accidents de transport (11,2 % des APVP). Les trois quarts des APVP par suicide sont attribués aux hommes.

Selon le BVS, la pendaison est le mode de suicide le plus fréquent, soit 88 % des décès, et ce quelle que soit la tranche d'âge. Ce moyen est retrouvé chez les hommes à 89 %, suivi du suicide par pesticide à 3 %, médicamenteux à 2 %, solvants et gaz à 1 %, arme à feu à 1 % et objet tranchant à 1 %. Chez les femmes, le second mode utilisé après la pendaison (86 %) est le suicide médicamenteux à 7 %, suivi des auto-intoxications par pesticides et autres produits chimiques à 5 % et du saut dans le vide à 2 %.

Concernant l'évolution dans le temps de 1984 à 2010, on observe une tendance à la hausse du taux standardisé de mortalité par suicide, hausse qui touche principalement les hommes. (Figure 1 suivante)

Figure 1. Taux standardisés* de mortalité par suicide selon le sexe et l'année, Polynésie française, 1984-2010



	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hommes	8,5	4,4	6,8	10,2	10,3	19,0	13,1	8,2	11,6	19,7	17,8	17,4	16,0	15,3	15,6	17,6	17,2	11,5	20,6	18,8	9,6	19,8	19,6	15,2	20,5	14,0	14,6
Femmes	2,0	2,3	2,9	6,5	4,0	4,9	9,0	7,2	2,1	4,6	6,8	4,3	4,2	3,7	4,9	2,3	4,2	2,3	6,6	3,1	3,2	4,0	4,7	6,6	6,7	7,0	2,1
Total	5,4	3,4	4,9	8,3	7,3	12,2	11,5	7,6	7,1	12,5	12,6	11,1	10,4	9,8	10,4	10,2	10,9	7,0	14,0	11,3	6,5	12,1	12,3	11,0	13,8	10,6	8,5

** Taux standardisés sur la population mondiale, pour 100 000 habitants*
Source : Certificats de causes de décès, Direction de la Santé

Figure 1 : Source : BULLETIN D'INFORMATION SANITAIRES, EPIDEMIOLOGIQUES ET STATISTIQUES, Bureau de la Veille Sanitaire, Direction de la Santé, Polynésie française

2.1.2. Résultats de l'enquête START de l'OMS : Suicides en Polynésie Française, 2008-2010

Le projet de l'OMS sur les tendances suicidaires dans les territoires à risque (START), lancé par le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, est une initiative internationale multi-sites qui cherche à créer une base de données sur la surveillance et la prévention du suicide dans la Région du Pacifique occidental et à l'échelle mondiale. (4)

L'étude START comporte quatre volets : établir des systèmes d'enregistrement fiables pour les comportements suicidaires mortels et non mortels ; mettre en œuvre une intervention randomisée comparant une intervention brève et des contacts au traitement habituel ; réaliser une étude d'autopsie psychologique avec des entretiens des proches parents des personnes décédées de suicide ; et mener un suivi longitudinal des tentatives de suicide médicalement graves. (53)

Les données d'autopsies psychologiques ont été collectées entre 2008 à 2010 à partir des enquêtes de police judiciaire, et 44 décès par suicide ont été inclus dans l'étude. Les entretiens directs avec l'entourage proche ont été menés à l'aide d'un questionnaire, entre 2 à 12 mois après le décès.

Sur les 44 cas de suicide, le nombre de suicide est 5,3 fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes, soit 37 hommes (84 %) pour 7 femmes (16 %).

L'âge moyen est de 32 ans.

Le moyen le plus utilisé est la pendaison dans 91 % des cas, suivi des sauts (4,4 %), puis des intoxications (2,2 %) et arme (2,2 %).

Concernant le lieu géographique, 61,4 % des suicides ont eu lieu à Tahiti, soit 27 suicides, contre 17 dans les autres îles.

La présence de troubles psychiatriques est retrouvée dans 77,7 % des cas, et la présence d'antécédents de tentative de suicide dans 15,9 % des cas.

La communication de l'intention suicidaire est retrouvée dans près de 80 % des cas.

Le Tableau 1 suivant compare les données de l'étude START et les données du BVS. (29)

Tableau 1 : Caractéristiques principales des personnes décédées de suicide et des modalités du geste	START (autopsies psychologiques) n = 44 (2008-2010)	Direction de la Santé (certificats de décès) n = 314 (1999-2008)
Sexe		
Hommes	37 (84.0 %)	248 (79.8 %)
Femmes	7 (16.0 %)	66 (20.2 %)
Age moyen (ans)	32 (16 – 72)	32.4 (16 – 73)
Lieu		
Tahiti	27 (61.4 %)	18 (52.9 %)
Autres	17 (38.6 %)	16 (47.1 %)
Méthodes CIM-10		
X64 (intoxication)	1 (2.2 %)	17 (06.85 %)
X70 (pendaison)	40 (91.0 %)	248 (86.05 %)
X72 (arme)	1 (2.2 %)	40 (1.4 %)
X80 (saut)	2 (4.4 %)	30 (1.05 %)
Histoire psychiatrique ou suicidaire		Inconnu
Trouble psychiatrique	34 (77.7 %)	
Antécédent de tentative de suicide	7 (15.9%)	
Sans antécédent psychiatrique ou de tentative de suicide	3 (6.8 %)	
Communication intention (n=33)	26 (78.8 %)	

Source : Amadeo S. Suicide à Tahiti : le paradoxe du suicide au paradis : Eléments de compréhension et propositions de prévention. Editions L'Harmattan, Décembre 2014, 216 p.

2.2. Tentative de suicide : Résultats de l'enquête START de l'OMS sur les tentatives de suicide en Polynésie Française, 2008-2010

Le recueil a été réalisé au service des urgences du Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPF) à Tahiti.

La tentative de suicide (TS) a été définie comme un comportement suicidaire non mortel, c'est-à-dire les lésions auto-infligées, avec ou sans intention suicidaire exprimée. Les données ont été comparées à la population générale selon le recensement ISPF de 2012. (55)

Le protocole de l'étude START, similaire à celui utilisé dans l'enquête de l'OMS « Intervention de Prévention du Suicide-Multisite » (SUPRE-MISS), comprenait un questionnaire de base et différentes évaluations couvrant des données sociodémographiques, des informations sur la tentative de suicide actuelle et diverses données cliniques, ainsi que des échelles d'auto-évaluation.

Sur la période de 2008 à 2010, 556 TS ont été recensées pour 515 personnes. On relève que 27 personnes ont réalisé une TS deux fois (5,2 %), 4 personnes trois fois (0,8 %) et 2 personnes quatre fois (0,4 %).

Le taux d'incidence annuel moyen est de 79,4 pour 100 000 habitants, soit 200 TS admises au CHPF par an en moyenne.

Le sexe ratio est de 2,2 femmes pour 1 homme, soit 382 TS pour 350 femmes (ratio TS/personne = 1,09) et 73 TS pour 164 hommes (ratio TS/personne = 1,05). A noter qu'un suicidant transsexuel n'a pas été inclus dans l'analyse par genre de l'étude.

L'âge moyen des suicidants est de 30 ans.

Le taux de TS pour les deux sexes est le plus élevé chez les 25-34 ans, suivi par le groupe des 15-24 ans. Après 35 ans les taux de TS diminuent. (Figure 1 suivante)

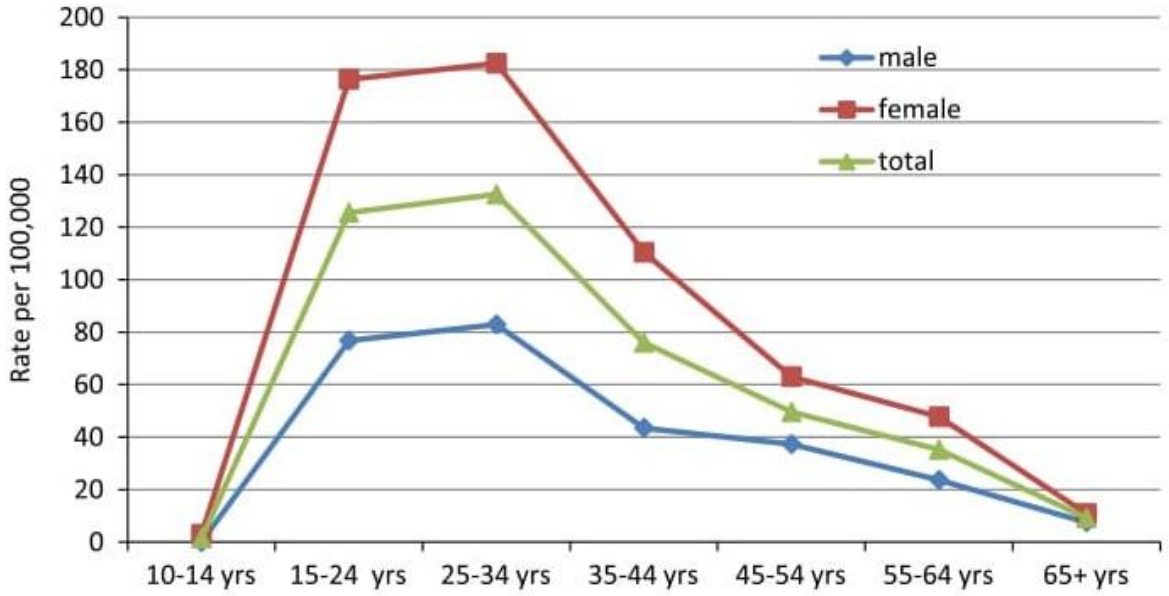


Fig. 1. Rates of NFSB for persons presenting to the ED of the CHPF in 2008–2010 (age at the time of their first attempt for those with more than one attempt).

Figure 1 : Source : Non-fatal suicidal behaviours in French Polynesia : Results of the WHO/START study and its implications for prevention, Journal of Affective Disorders 189 (2016) 351–356. NFSB : Non-fatal suicidal behaviors.

Les troubles psychiatriques les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (F30-F39) dans 45,3 % des TS ; suivi des troubles de la personnalité (F60) à 13,8 % ; les troubles anxio-dépressifs réactionnels (F43) à 11,7 % ; les troubles anxieux et phobiques (F40-F41) à 5,1 % ; les troubles addictifs (F10-F19) à 4,7 %, significativement plus élevés chez les hommes (9,8 % vs 2,2% ; OR = 4,48 ; 95%CI = 1,60-12,56) ; et les troubles psychotiques (F20-F29) à 4,3 %, significativement plus élevés chez les hommes (7,8 % vs 2,5 % ; OR = 3,14 ; 95%CI = 1,12-8,77). (Table 1 suivante)

Dans 14,5 % des cas il n'y a pas de diagnostic psychiatrique. Dans 26,2 % des cas un second diagnostic est associé, le plus fréquent pour les deux genres confondus étant les troubles de la personnalité à 12,1 %.

Table 1
Psychiatric diagnoses of NFSB population in French Polynesia (diagnosis at their first attempt for those with multiple attempts).

	All persons		Male		Female		OR	95% CI	
Psychiatric disorders	*N*	%	*N*	%	*N*	%		L CI	H CI
Primary diagnosis									
Addictive disorders (F10–F19)	22	4.7	15	9.8	7	2.2	**4.48**	**1.60**	**12.56**
Psychotic disorders (F20–F29)	20	4.3	12	7.8	8	2.5	**3.14**	**1.12**	**8.77**
Mood disorder (F30–F39)	213	45.3	60	39.2	152	48.1	0.83	0.46	1.49
Anxiety disorders and phobias (F40–F41)	24	5.1	7	4.9	17	5.4	0.86	0.31	2.38
Anxiety and depressive reaction disorders (F43)	55	11.7	13	8.5	42	13.3	0.65	0.29	1.44
Other diagnoses (incl F50, F91, F98)	3	0.6	1	0.7	2	0.6	NA		
Personality disorders (F60)	65	13.8	23	15.0	42	13.3	1.15	0.56	2.35
Without diagnosis	68	14.5	22	14.4	46	14.6	1		
Secondary diagnosis									
Addictive disorders (F10–F12)	23	4.9	10	6.5	13	4.1	1.68	0.71	3.95
Psychotic disorders (F20–F22–F23–F25)	4	0.9	3	2.0	1	0.3	NA		
Mood disorder (F30)	9	1.9	3	2.0	6	1.9	1.09	0.27	4.45
Anxiety disorders and phobias (F40)	26	5.5	6	3.9	20	6.3	0.66	0.26	1.68
Anxiety and depressive reaction disorders (F43)	2	0.4	0	0	2	0.6	NA		
Other diagnoses (incl F42, F50)	2	0.4	1	0.7	1	0.3	NA		
Personality disorders (F60)	57	12.1	21	13.7	35	11.1	1.31	0.73	2.36
Without diagnosis	347	73.8	109	71.2	238	75.3	1		

Missing (unknown)=45 (8.7%).
Bolded results indicate significance level 0.05.

Table 1 : Source : Non-fatal suicidal behaviours in French Polynesia : Results of the WHO/START study and its implications for prevention, Journal of Affective Disorders 189 (2016) 351–356

Parmi les 298 patients hospitalisés, 53,6 % déclarent des antécédents de TS, soit 1 récidive dans 25,7 % des cas, et 2 récidives ou plus chez 27,9 % des cas. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative selon le genre. 63,1 % des gestes suicidaires ont nécessité des soins médicaux ou chirurgicaux ; le risque létal est avéré pour 13,5 % des TS.

La méthode utilisée la plus fréquente est l'intoxication médicamenteuse volontaire (X60-X64) dans 63,8 % des cas, en premier lieu avec les médicaments psychotropes (X61) à 36,6 % ; suivie de la pendaison (X70) à 16,8 % ; les armes blanches (X78-X79) à 8,1 % ; les solvants et pesticides (X66-X69) à 4,3 % ; les armes à feu (X72-X74) à 0,2 %. (Table 2 suivante)

Les hommes utilisent significativement plus la pendaison que les femmes, soit 29,5 % contre 11,0 % (OR = 3,37, 95%CI = 2,14–5,33). Les femmes utilisent significativement plus l'intoxication médicamenteuse que les hommes, soit 47,4 % pour les hommes contre 71,1 % pour les femmes (OR = 0,37 ; 95%CI = 0,25–0,53)

Table 2
NFSB in French Polynesia: characteristics of suicidal behaviours.

Characteristics	All persons		Male		Female		OR	95% CI	
	N	%	*N*	%	*N*	%		L CI	H CI
Suicide method (first)*									
Medications and drugs (X60–X64)	354	63.8	82	47.4	271	71.1	**0.37**	**0.25**	**0.53**
Pesticides and other chemicals (X66–X69)	24	4.3	7	4.0	17	4.5	0.90	0.37	2.20
Hanging (X70)	93	16.8	51	29.5	42	11.0	**3.37**	**2.14**	**5.33**
Cutting (X78–X79)	45	8.1	17	9.8	28	7.3	1.37	0.73	2.58
Firearms (X72–X74)	1	0.2	0	0.0	1	0.3	$p = 1.000$ (Fisher ex test)		
Other methods	38	6.8	16	9.2	22	5.8	1.66	0.85	3.25
Potential triggers (yes answers, multiple allowed)**									
Relationship problems (with partner)	373	68.6	122	72.2	251	67.1	1.27	0.85	1.90
Family problems (with parents)	186	34.0	62	36.3	123	32.8	1.17	0.80	1.70
Family problems (with children)	61	11.0	9	5.7	52	14.3	**0.36**	**0.17**	**0.75**
Problems with social relationships	74	13.7	22	13.3	51	13.7	0.97	0.56	1.65
Illness/somatic handicap	49	9.0	18	10.7	31	8.3	1.32	0.72	2.43
Psychiatric disorders (mental illness/mental symptoms)	131	24.0	37	21.8	93	24.9	0.84	0.55	1.30
Unemployment	60	11.1	22	13.3	37	9.9	1.39	0.79	2.44
Addictive disorders (alcohol, drugs)	82	15.0	31	18.3	51	13.6	1.43	0.88	2.33
Legal problems	28	5.0	13	7.7	15	4.0	2.01	0.93	4.32
Financial problems	60	11.1	19	11.3	40	10.7	1.07	0.60	1.90
Physical abuse	79	14.4	25	14.6	53	14.1	1.04	0.62	1.74
Psychological abuse	87	15.9	24	14	62	16.6	0.92	0.49	1.37
Sexual assault	86	15.8	15	8.8	70	18.8	**0.42**	**0.23**	**0.75**
Other	106	19.5	38	22.4	68	18.2	1.29	0.83	2.02

Bolded results indicate significance level 0.05.
* One case unknown (excluded from analysis).
** Number of missing values varies between 1.8% up to 5.9%.

Table 2 : Source : Non-fatal suicidal behaviours in French Polynesia : Results of the WHO/START study and its implications for prevention, Journal of Affective Disorders 189 (2016) 351–356

Le motif principal du passage à l'acte suicidaire est une problématique relationnelle de couple dans 68,6 % des cas ; suivi d'une problématique familiale dans 45,0 % des cas, soit avec les parents (34,0 %) ou avec les enfants (11,0 %) ; de violences physiques et psychiques dans 30,3 % ; de troubles psychiatriques dans 24,0 % ; de troubles addictifs dans 15,0 % ; et d'une agression sexuelle dans 15,8 %.

Le motif de la problématique familiale avec les enfants est significativement plus fréquente chez les femmes, soit 5,7 % pour les hommes contre 14,3 % pour les femmes (OR = 0,36 ; 95%CI = 0,17–0,75). Le motif agression sexuelle est significativement plus fréquent chez les femmes, soit 8,8 % pour les hommes contre 18,8 % pour les femmes (OR = 0,42 ; 95%CI = 0,23–0,75). Plusieurs motifs pour une TS peuvent être retrouvés.

Concernant le statut marital, le taux de TS est significativement plus élevé dans la catégorie « divorcé » pour les 2 genres comparé au statut marié/concubinage, soit pour les hommes un RR de 4,55 (95%CI = 2,15-9,31) et pour les femmes un RR de 3,81 (95%CI = 2,40-6,01). Les taux de TS sont également significativement plus élevés dans la catégorie « célibataire » pour les femmes comparé au statut marié/concubinage, soit un RR de 1,55 (95%CI = 1.22–1.97), et pour les 2 genres combinés, soit un RR de 1,26 (95%CI = 1,03-1,53). (Table 3 suivante)

Concernant le statut professionnel, les taux de TS sont significativement plus élevés dans la catégorie des sans-emplois que dans la catégorie « employé », soit un RR de 1,31 (95%CI = 1,03–1,66).

Table 3
Socio-demographic characteristics of START NFSB population versus General Population (2012 census) in French Polynesia.

	All persons						Male						Female					
	N	%	Rate*	RR	95% CI L	95% CI H	*N*	%	Rate*	RR	95% CI L	95% CI H	*N*	%	Rate*	RR	95% CI L	95% CI H
Marital status (> 15 years)																		
Single	160	32.3	93.3	**1.26**	**1.03**	**1.53**	54	35.1	52.2	1.14	0.80	1.62	106	31.2	156.1	**1.55**	**1.22**	**1.97**
Married/De facto	300	60.6	75.4	1			90	58.4	45.8	1			209	61.5	102.0	1		
Widowed	4	0.8	17.5	**0.24**	**0.08**	**0.65**	1	0.6	17.7	**			3	0.9	17.5	**		
Divorced/Seprated	31	6.3	309.2	**4.17**	**2.82**	**6.11**	9	5.8	208.6	**4.55**	**2.15**	**9.31**	22	6.5	385.2	**3.81**	**2.40**	**6.01**
Professional status (> 15 years)																		
Employed (incl part time)	261	54.1	97.3	1			96	62.7	61.9	1			165	50.3	145.9	1		
Unemployed	95	19.7	127.2	**1.31**	**1.03**	**1.66**	29	19.0	70.1	1.13	0.73	1.74	65	19.8	195.1	1.34	0.99	1.80
Full-time student	70	14.5	124.5	1.28	0.97	1.68	15	9.8	56.9	0.92	0.51	1.62	55	16.8	184.3	1.26	0.92	1.73
Retired	7	1.5	9.3	**0.10**	**0.04**	**0.21**	2	1.3	4.8	**			5	1.5	14.8	**0.10**	**0.03**	**0.26**
Other (incl home makers, disabled)	48	10.0	35.9	**0.37**	**0.27**	**0.52**	11	7.2	24.2	**0.39**	**0.20**	**0.42**	37	11.3	41.9	**0.29**	**0.20**	**0.42**

Marital status missing=21 (4%).
Employment status missing=33 (6.4%).
Bolded results indicate significance level 0.05.
* Rates are calculated per 100,000 persons using 2012 FP Census information.
** Not calculated due too small numbers.

Table 3 : Source : Non-fatal suicidal behaviours in French Polynesia : Results of the WHO/START study and its implications for prevention, Journal of Affective Disorders 189 (2016) 351–356

Concernant le lieu de réalisation des TS, les taux d'incidence les plus élevés sont à Papeete soit 309 pour 100 000 habitants, suivi de Mahina (232), Arue (216), Punaauia (212), Pirae (211) et Faaa (209) ; ce qui correspond à la zone urbaine de Tahiti. (53)

D'après les travaux du Dr Amadeo (29), les lieux de naissance des suicidants dans l'étude START sont comparés au recensement ISPF 2012 : Tahiti (67,1 % vs 68,6 %), Polynésie hors Tahiti (13,6 % vs 31,4 %), France métropolitaine et DOM (14,4 % vs 9,3 %), Nouvelle-Calédonie (1,7 % vs 9,9 %) et Etranger (2,4 % vs 2 %).

Les sujets commettent leur TS à leur domicile dans 79,0 % des cas, et sur leur lieu de travail dans 1,8 % des cas.

Le mois le plus propice aux tentatives de suicide est le mois de septembre, le jour le plus fréquent des tentatives de suicide est le dimanche puis le vendredi. Près de 80% des patients réalisent leurs tentatives de suicide dans la journée entre 8h00 et 21h00.

Plus de 50 % des patients admis aux Urgences après une TS sont transférés en psychiatrie ; près de 80 % acceptent une consultation psychiatrique ; et 1,8 % sont adressés à un psychiatre libéral.

2.3. Eléments de comparaison

2.3.1. France

Alors qu'en France les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps (moins 17 % entre 2002 et 2012), en Polynésie française la tendance des taux standardisés de mortalité (TSM) par suicide est à la hausse entre 1984 et 2010. En France comme en PF, la surmortalité masculine par suicide est importante, avec un taux trois fois supérieur chez les hommes que chez les femmes.

La comparaison des courbes de taux de mortalité par suicide selon la classe d'âge et le sexe montre une répartition différente : en PF on observe un taux maximal chez les 15 à 24 ans, puis des taux diminuant par la suite ; tandis qu'en France, les taux de décès par suicide augmentent fortement avec l'âge. (Figure 1 et Figure 2 suivantes ; réalisées par nos soins)

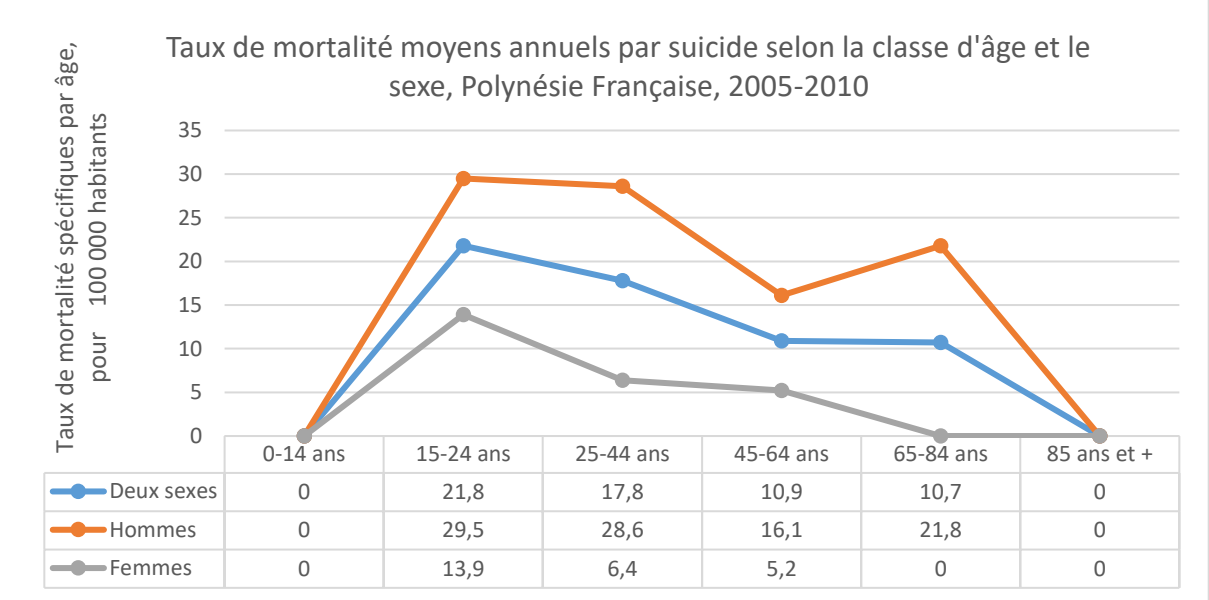


Figure 1 : Source : Bureau de la Veille Sanitaire, Direction de la Santé, Polynésie française

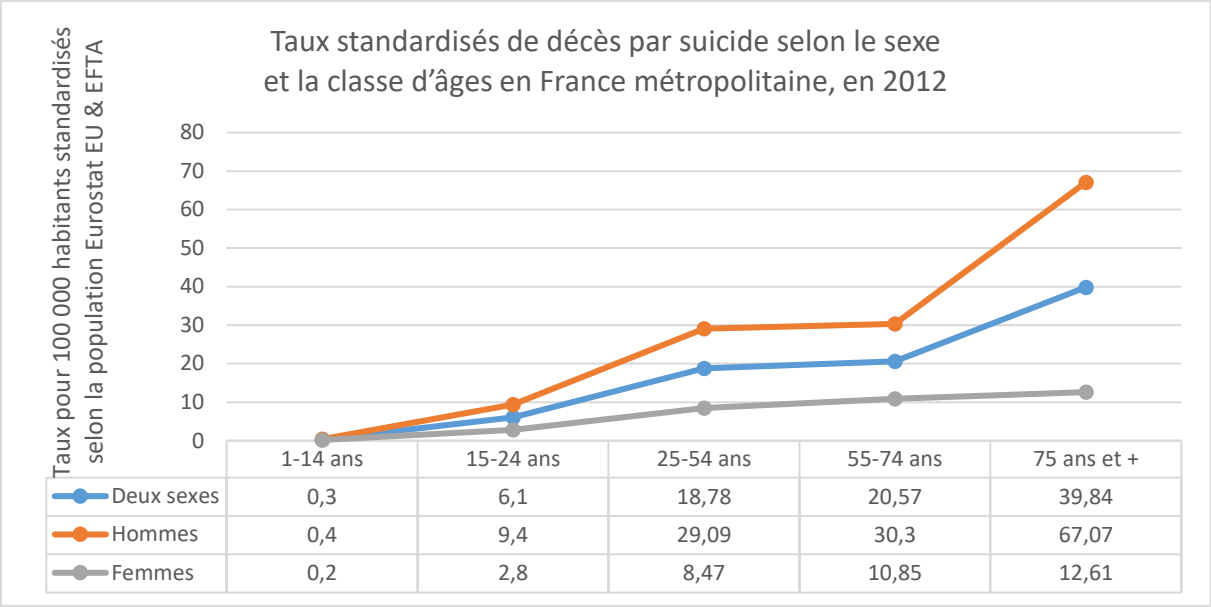


Figure 2 : Source : CépiDc-Inserm 2012

En comparaison avec les données de l'enquête START sur les suicides où la présence de troubles psychiatriques est retrouvée dans 77,7 % des cas, les données issues des certificats de décès par suicide (CDS) en France (2000-2010) indiquent l'existence de troubles mentaux associés au décès dans 40,4 % des cas. (17)

En France les troubles mentaux associés aux suicides sont en très grande majorité des troubles de l'humeur (32,7 % des CDS), suivis par les conduites addictives, les troubles anxieux ou troubles de l'adaptation, puis les troubles psychotiques. (Tableau 1 suivant)

En PF, les troubles mentaux les plus fréquents retrouvés dans l'enquête START sur les tentatives de suicide sont également les troubles de l'humeur (45,3 % des TS), suivis par les troubles de la personnalité, les troubles addictifs, les troubles anxio-dépressifs réactionnels et les troubles psychotiques.

Ces données sont cohérentes avec les données recueillies au sein du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) auprès des patients hospitalisés pour tentative de suicide (TS) qui indiquent chez 35 % de ces patients une pathologie dépressive associée à l'acte suicidaire. (56)

Tableau 1 : Fréquence des troubles mentaux signalés associés aux décès par suicide et aux autres décès. Risques relatifs ajustés sur l'âge et le sexe _ France, 2000-2010

	Hommes			Femmes			Tous sexes		
	Suicides N= 86 477 (%)	Autres décès N= 2 920 726 (%)	RR	Suicides N= 31 347 (%)	Autres décès N= 2 841 649 (%)	RR	Suicides N= 117 824 (%)	Autres décès N= 5 762 375 (%)	RR
Tous troubles mentaux	**37,2**	**9,7**	**3,1**	**49,2**	**9,5**	**6,6**	**40,4**	**9,6**	**4**
Troubles mentaux organiques	**0,2**	**3,1**	**0,2**	**0,3**	**6,2**	**0,2**	**0,2**	**4,6**	**0,2**
Addiction	**5,7**	**5,5**	**0,5**	**4,4**	**1,4**	**0,8**	**5,4**	**3,4**	**0,5**
- alcool	5,1	3,6	0,6	4	0,9	1	4,8	2,3	0,6
- tabac	0,3	2,7	0,1	0,3	0,6	0,1	0,3	1,6	0,1
- drogues	0,1	0	0,9	0,1	0	1,2	0,1	0	0,9[NS]
- substances multiples	0,6	0,1	1,1	0,4	0	2,1	0,5	0,1	1,2
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	**2,3**	**0,4**	**3,5**	**2,5**	**0,5**	**3,2**	**2,4**	**0,5**	**3,5**
- schizophrénie	0,8	0,1	3,6	0,5	0,1	3,2	0,7	0,1	3,5
- troubles psychotiques aigus	0,1	0	11,5	0,1	0	6,8	0,1	0	9,7
- autres troubles psychotiques	1,5	0,3	3,3	1,9	0,5	3,1	1,6	0,4	3,3
Troubles de l'humeur et troubles anxieux	**31,8**	**0,9**	**39,9**	**44,2**	**1,6**	**29,3**	**35,1**	**1,2**	**35,1**
- troubles de l'humeur	29,6	0,7	43,9	41,2	1,3	31,9	32,7	1	38,5
- *dépression*	29	0,6	48,6	39,8	1,1	36,1	31,8	0,9	42,9
- *troubles bipolaires*	0,7	0,1	8,1	1,6	0,1	7,3	1	0,1	7,6
- troubles anxieux	2,6	0,2	22,3	3,6	0,3	31	2,9	0,2	20,7
- *réaction à un facteur stress*	0,5	0	50,5	0,5	0	16,4	0,5	0	52,1
- *trouble anxiodépressif*	2,1	0,1	29,9	2,9	0,2	36,2	2,3	0,1	26,4
Troubles du comportement ou de la personnalité	**0,3**	**0,2**	**2,7**	**0,6**	**0,2**	**2,7**	**0,4**	**0,2**	**2,7**
Trouble mental sans précision	**1,1**	**0,1**	**7**	**1,7**	**0,1**	**8,9**	**1,3**	**0,1**	**7,7**
Toutes formes d'état dépressif*	**31,5**	**0,8**	**42,8**	**43,9**	**1,4**	**31**	**34,8**	**1,1**	**37,4**

Source : CEPIDC Inserm, Rapport ONS 2014

2.3.2. Outre-mer français

Selon le BVS de PF, seul le taux de mortalité par suicide à la Martinique est significativement inférieur à celui de la Polynésie française pour la période 2005-2010 (tous sexes confondus), soit respectivement un taux standardisé de 6,4 pour 100 000 habitants contre 11,3 pour 100 000 habitants.

Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les taux de décès par suicide en PF, et en France métropolitaine ou dans les autres Départements d'Outre-mer. (Figure 1 suivante ; réalisée par nos soins et issues des données du BVS)

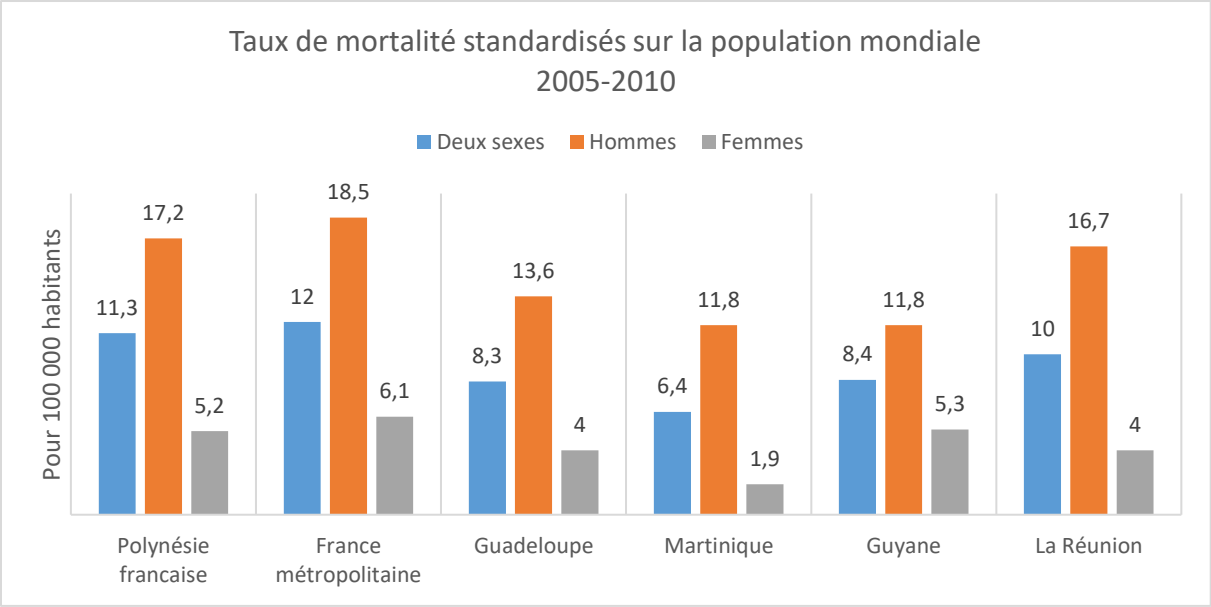


Figure 1 : Source : Bureau de Veille Sanitaire, Direction de la santé, PF

La Figure 2 suivante (réalisée par nos soins et issue de données de sources multiples) présente la répartition des principaux modes de suicide utilisés selon le sexe, en France métropolitaine, Nouvelle-Calédonie et les DOM.

Globalement la pendaison est le moyen de suicide le plus utilisé tout sexe confondu parmi tous les territoires.

En Polynésie française (2005-2010), la pendaison est utilisée majoritairement, soit à 89 % chez l'homme et à 86 % chez la femme. (53)

En Nouvelle-Calédonie (1991-2014), le second moyen le plus utilisé chez l'homme est l'arme à feu dans 41,2 % des suicides, derrière la pendaison à 47,3 %. Chez la femme, le second moyen utilisé est l'intoxication médicamenteuse à 21,4 %, derrière la pendaison à 50,9 %. (57)

A la Réunion (2008-2010), chez les hommes, les décès par pendaison représentent un peu plus de la moitié des suicides (54 %). Viennent ensuite les sauts dans le vide, puis les intoxications par médicaments et autres produits. Chez les femmes, les intoxications médicamenteuses constituent le mode de suicide le plus fréquent à part égale avec la pendaison, à 26,3 %. (58)

En Guyane, sur l'année 2012, la pendaison est retrouvée dans 53,3 % des suicides chez l'homme, suivie par les armes à feu (26,7 %). Chez la femme, on retrouve à part égale la pendaison, les armes à feu et la noyade, dans 25 % des cas. (13)

En Martinique (2012), la pendaison est retrouvée respectivement dans 68,8 % et 66,6 % des suicides chez les hommes et chez les femmes. Viennent ensuite chez l'homme le saut dans le vide et l'auto-intoxication par autres produits à 12,5 %. Chez la femme le second moyen utilisé est l'intoxication médicamenteuse à 16,7 %. (13)

En Guadeloupe (2012), chez l'homme, la pendaison est utilisée dans 75 % des cas, suivie des armes à feu à 10,7 %. Chez la femme, les décès par pendaison représentent la moitié des suicides, suivis des sauts dans le vide et de l'intoxication médicamenteuse à 16,7 % chacun. (13)

En France (2010), chez l'homme, on retrouve la pendaison (57,6 %), suivie des armes à feu (17,3 %) puis de l'intoxication médicamenteuse (10,1 %). Tandis que chez la femme, la pendaison est retrouvée dans 38,2 % des suicides, suivie de l'intoxication médicamenteuse à 29,9 %. (Inserm-Cépidc 2010)

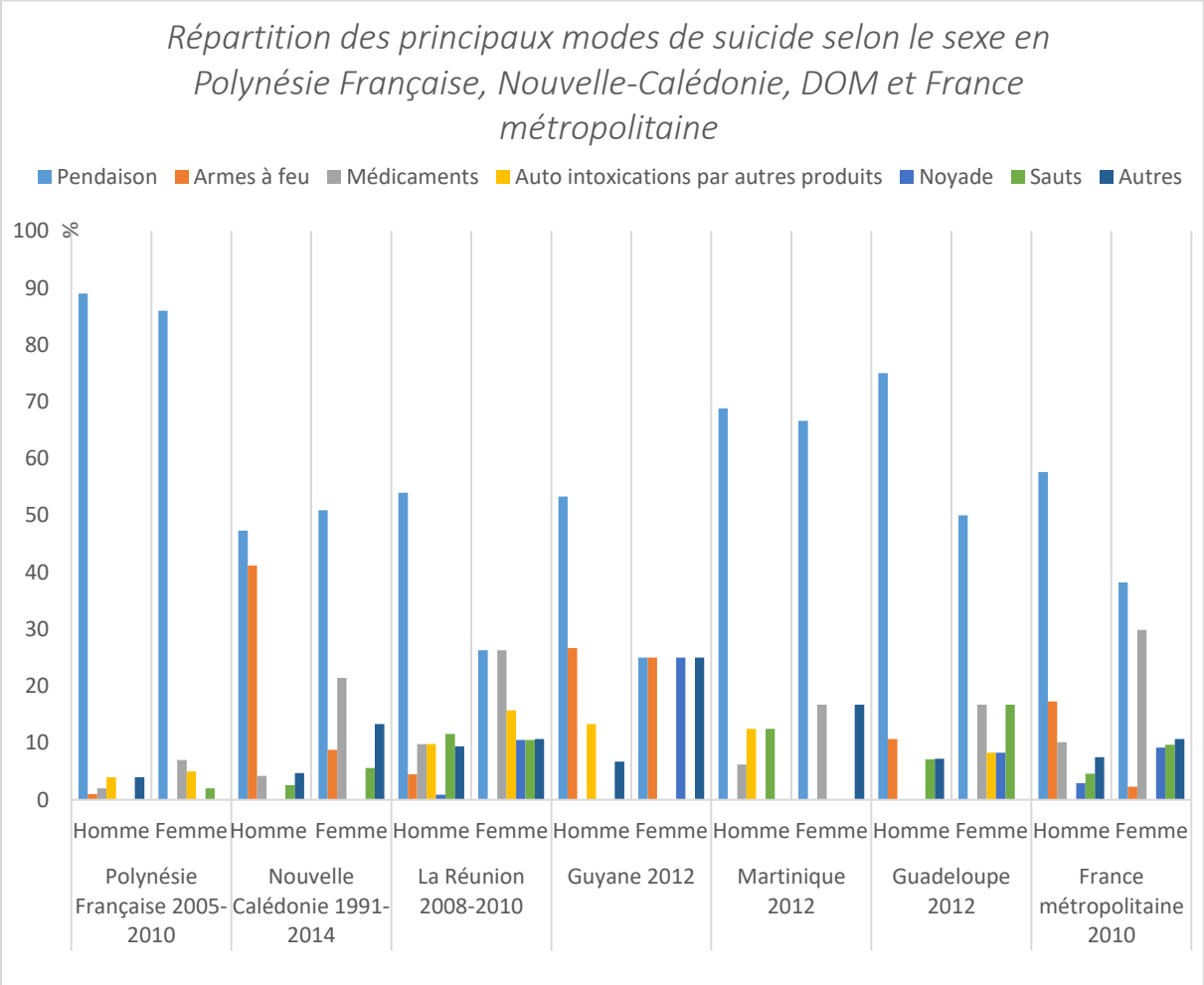


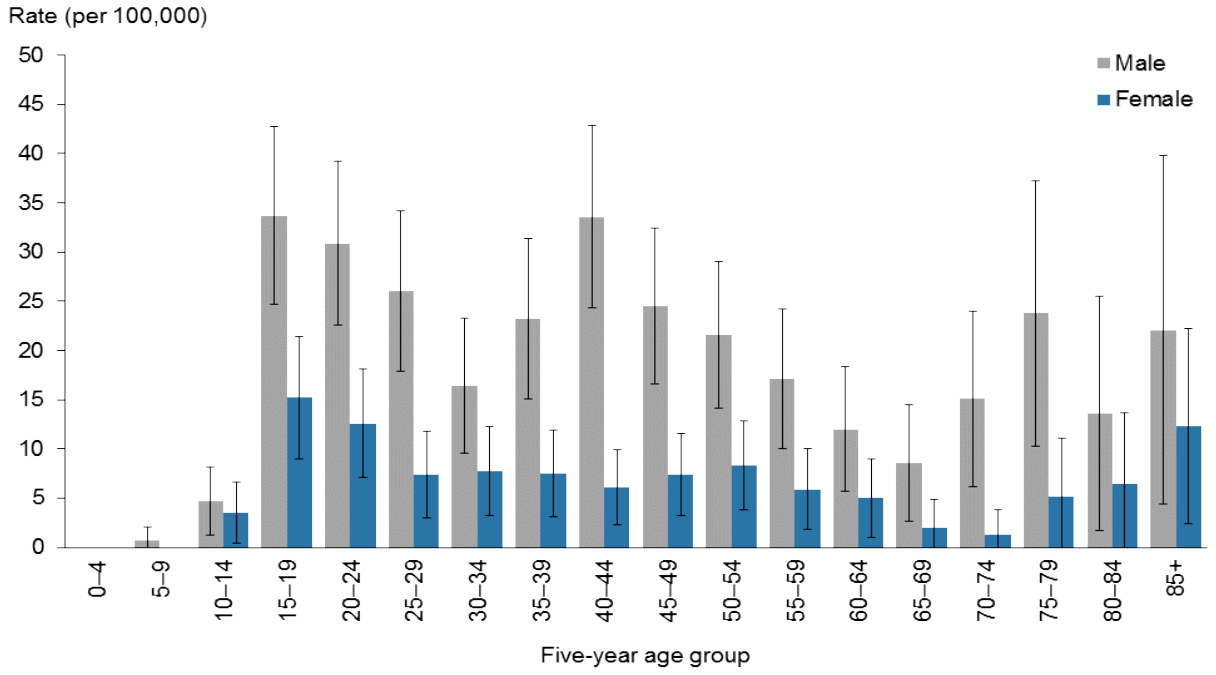
Figure 2 : Sources multiples : INSERM CépiDc, INSEE, Rapport ONS 2015, Bureau de Veille Sanitaire de PF, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie.

2.3.3. Triangle polynésien

La comparaison des taux de suicide par âge et sexe avec la Nouvelle-Zélande met en évidence une similitude dans les taux élevés sur les 15-24 ans, chez les hommes comme chez les femmes. (Figure 1 suivante) (59)

La différence avec la PF se situe après 70 ans ou les taux de suicide remontent pour les deux sexes, se rapprochant de la courbe retrouvée en France métropolitaine sur ces classes d'âges.

Figure 1 : Age-specific suicide rates, by five-year age group and sex, 2012



Source : New Zealand Mortality Collection. Notes : Rates are expressed as deaths per 100,000 population. 95% confidence intervals.

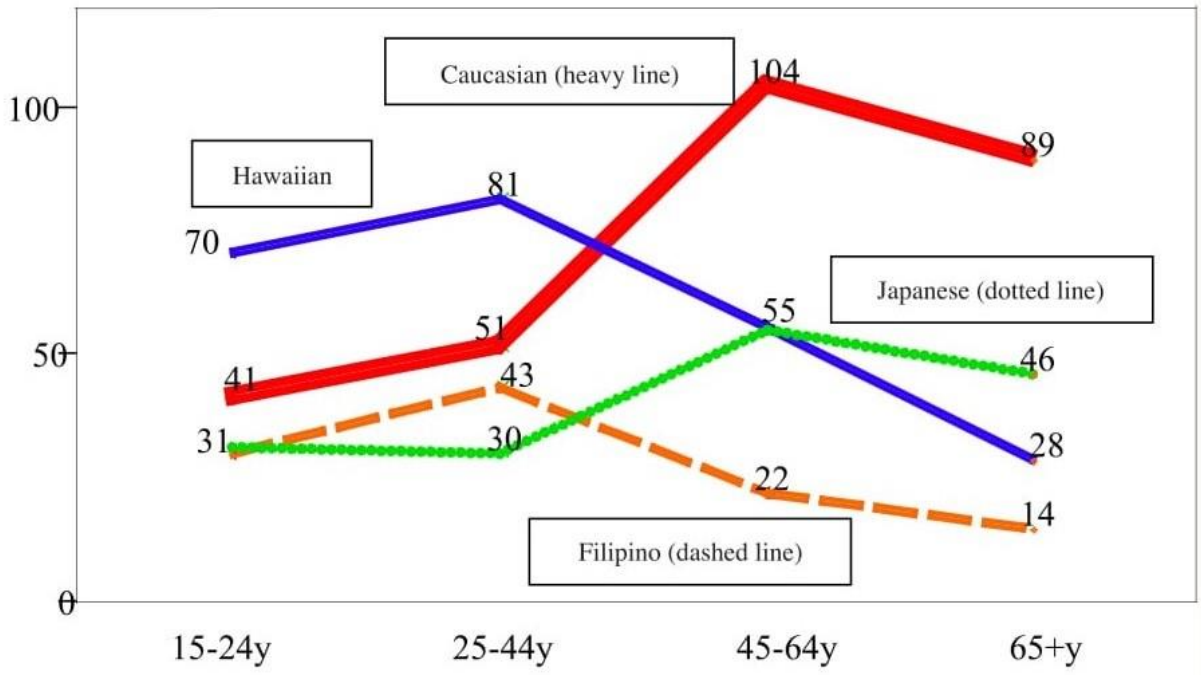
La Nouvelle-Zélande, comme l'Etat d'Hawaii USA, ont différencié la population par groupe ethnique. Les Maoris de Nouvelle-Zélande ont un taux de suicide standardisé 1,7 fois plus élevé que les non Maoris, soit 17.8 suicide pour 100 000 habitants contre 10,6 pour 100 000.

A Hawaii, 4 groupes sont présentés sur la Figure 2 suivante, soit hawaiien, caucasien, japonais et philippin. Les taux de suicide par groupe d'âge et ethnie diffèrent. (60)

Les hawaiiens ont les plus hauts taux de suicide chez les 15-24 ans et les 25-44 ans. Les taux diminuent ensuite avec l'âge. Les caucasiens ont à l'inverse des taux de suicides 2 à 5 fois plus élevés que les trois autres ethnies chez les groupes d'âges de 45-64 ans et plus de 65 ans, la courbe se rapprochant de celle observée en France métropolitaine.

Ethiquement contestable ce type de découpage par ethnie n'est pas autorisé en France et en Polynésie française. Cependant ces données questionnent sur le parallèle avec la Polynésie française, à savoir le lien entre l'aspect culturel commun du triangle polynésien et les suicides des jeunes *Maohi* et *Maori*.

Figure 2 : Suicide rates (per 100 000) among residents of Hawaii, by age group and ethnicity, 2007-2011



Source : Hawai'i State Department of Health, 2012

2.3.4. The WHO START Study : Suicidal Behaviors Across Different Areas of the World, 2013

2.3.4.1. Suicides

Les Tables 1 et 2 suivantes sont issues de l'enquête internationale WHO START Study et présentent les données sur les suicides des différents pays participants du Pacifique. (61)

Concernant le sex-ratio homme/femme, Tonga et Guam ont les ratios les plus élevés, respectivement 19 et 8,1 ; tandis qu'il est de 4,5 en Polynésie française. Fidji et Vanuatu ont les ratios les plus bas.

L'âge médian du décès par suicide est le plus bas à Vanuatu et Tonga, respectivement 21 et 22 ans. La Polynésie se situe entre Guam et Fidji, avec un âge médian de 29 ans. Il est le plus élevé en Australie, soit un âge médian de 41 ans.

Concernant les méthodes de suicide, la pendaison est le moyen le plus fréquemment utilisé pour tous les pays de l'enquête : particulièrement en Polynésie française chez 85 % des hommes et 82,1 % des femmes ; ainsi qu'aux îles Fidji (78 % des hommes, 72,5 % des femmes), Guam (75,4 % des hommes, 57,1 % des femmes) et Tonga (79 % des hommes, 50 % des femmes).

12,2 % des décès chez les hommes australiens et 20,2 % chez les hommes néo-zélandais sont provoqués par lésions d'inhalation de gaz et fumées. Le suicide par ce moyen est également retrouvé à 28,6 % chez les femmes des îles Guam.

On retrouve environ 8 % des décès par armes à feu pour les deux sexes confondus, hormis aux îles Fidji, aux Tonga et en Polynésie française. Les décès par intoxications médicamenteuses sont les plus élevés en Australie (12,8 % des hommes et 35,8 % des femmes), suivie de la Nouvelle-Zélande (5,5 % des hommes et 19,1 % des femmes).

Aux îles Fidji, le second moyen utilisé est l'intoxication aux produits chimiques et pesticides, à 18,6 % chez l'homme et 11,9 % chez la femme. Ce moyen est également retrouvé aux Philippines, avec 7,1 % des décès chez la femme.

Table 1. Fatal suicidal behavior by age and sex in START participating locations

	Australia, QLD	Fiji	French Poly-nesia	Guam	New Zealand	Philippines	Tonga	Vanuatu
N in sample area	1673	455	155	81	3,030	142	120	2
Estimated population size	4,580,700	868,406	273,777	182,111	4,405,200	94,852,030	104,509	245,619
Years of data collected	2005–2007	2004–2009	1999, 2003, 2005–2007	2008–2010	1999–2007	2008–2009	1979–2009	2010
Sex (% male)	77.5	64.8	81.9	70.4	76	80.3	75	50
Ratio male/female	3.4	1.8	4.5	8.1	3.2	4.1	19.0	1.0
Age (years, median)	41	34	29	27	37	37	22	21

Source : The WHO START Study : Suicidal Behaviors Across Different Areas of the World, D. De Leo et al, Crisis 2013; Vol. 34(3):156–163

Table 2. Fatal suicidal behaviors by method in START participating locations

	Australia		Fiji		French Polynesia		Guam		New Zealand		Philippines		Tonga		Vanuatu	
	(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Hanging (X70)	49.6	38.2	78.0	72.5	85.0	82.1	75.4	57.1	52.0	46.3	77.2	75.0	79.0	50.0	100.0	100.0
Drug overdose (X60–X64)	12.8	35.8	1.0	0.6	1.6	3.6	1.7	0.0	5.5	19.1	0.0	3.6	1.9	16.7	0.0	0.0
Chemicals and pesticides (X66, X68, X69)	1.4	0.8	18.6	11.9	6.3	3.6	1.8	0.0	1.0	0.9	0.9	7.1	0.9	0.0	0.0	0.0
Firearms (X72–X74)	10.5	2.4	0.0	0.0	1.6	0.0	8.8	0.0	11.0	2.6	17.5	3.6	8.8	0.0	0.0	0.0
Fire (X76)	1.0	2.4	1.7	13.8	0.0	0.0	1.8	0.0	0.8	1.4	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Jumping (X80–X81)	4.7	7.4	0.7	1.3	1.6	3.6	5.3	14.3	3.8	5.8	2.6	3.6	4.4	33.3	0.0	0.0
Other methods (X71, X82–X84)	7.8	7.2	0.0	0.0	2.4	3.6	5.3	0.0	5.7	6.5	0.9	7.1	4.4	0.0	0.0	0.0
Exposure to gases/vapours (X67)	12.2	5.8	0.0	0.0	1.6	0.0	1.8	28.6	20.2	17.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Unknown	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	5.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0
Total *N* in sample area	1296	377	295	160	127	28	57	7	3030	955	114	28	114	6	1	1

Source : The WHO START Study : Suicidal Behaviors Across Different Areas of the World, D. De Leo et al, Crisis 2013; Vol. 34(3):156–163

2.3.4.2. Tentatives de suicide

Les Tables 3 et 4 suivantes sont issues de l'enquête internationale WHO START Study et présentent les données sur les tentatives de suicide des différents pays du Pacifique participants, incluant également Hong Kong (Chine) et Rome (Italie).

Concernant les sex-ratios homme-femme, il y a plus de TS chez les femmes que chez les hommes à Hong Kong (0,4 hommes pour 1 femme), suivi de la Polynésie française (0,5), de l'Australie (0,6), des Fidji et de l'Italie (0,7 chacun). Les Philippines sont le seul pays ou le nombre de TS chez les hommes est plus élevé que chez les femmes, soit un sex-ratio de 1,7.

L'âge médian est de 27 ans en Polynésie française, situé entre les îles Fidji (24 ans) et Vanuatu (27,5 ans) ; tandis qu'il est plus élevé en Australie (31 ans), en Chine (36 ans), en Italie et aux Philippines (37 ans chacun).

Concernant les moyens utilisés dans les tentatives de suicide, l'intoxication médicamenteuse aux psychotropes est le plus fréquemment retrouvé en Polynésie française, soit 31,7 % des hommes et 38,6 % des femmes ; comme à Hong Kong (38,8 % des hommes et 42,1 % des femmes), en Australie (38,8 % des hommes et 43,5 % des femmes) et en Italie (46,5 % des hommes et 51,7 % des femmes).

Aux îles Fidji et aux Philippines, le moyen de TS le plus fréquent est l'intoxication aux produits chimiques, soit 71,4 % des hommes et 58,4 % des femmes au Fidji, et 58,6 % des hommes et 80 % des femmes aux Philippines.

La pendaison est le moyen le plus fréquemment utilisé chez les hommes de Tonga ; moyen également retrouvé en Polynésie française chez 27,8 % des TS chez les hommes, aux Philippines (12,1 %), et aux îles Fidji (10 %).

La méthode des lésions par objet tranchant est utilisée dans 22,6 % des TS chez les hommes et 21,3 % des femmes en Australie, 14 % des hommes et 15 % des femmes en Italie, et 15,5 % des hommes aux Philippines. En Polynésie française cette méthode est retrouvée à 7,8 % chez les hommes et 6,7 % chez les femmes.

Table 3. Nonfatal suicidal behavior by age and sex in START participating locations

	Australia, Gold Coast	Fiji	French Polynesia	China, Hong Kong SAR	Italy, Rome	Philippines	Tonga	Vanuatu
N in sample area	5817	646	557	445	104	93	19	10
Estimated population size	515,157	868,406	273,777	7,030,000	2,754,440	94,852,030	104,000	29,356
Years of data collection	2005–2010	2004–2009	2008–2010	2006–2008	2009–2010	2008–2009	2001–2009	2010
Sex (% male)	38.2	41.6	32.2	27.2	41.4	62.4	47.4	50
Ratio male/female	0.6	0.7	0.5	0.4	0.7	1.7	0.9	1.0
Age (years, median)	31	24	27	36	37	37	20	27.5

Note: Data represent "persons" rather than "events."

Table 4. Nonfatal suicidal behavior by method in START participating locations

	Australia		Fiji		French Polynesia		China, Hong Kong SAR		Italy		Philippines		Tonga		Vanuatu	
	(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)		(% of total *N*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Hanging (X70)	2.4	0.8	10.0	3.5	27.8	10.4	4.1	1.2	2.3	0.0	12.1	5.7	100	50.0	0.0	20.0
Analgesics (X60)	12.0	16.8	0.0	0.8	15.0	20.0	8.3	19.5	0.0	1.7	1.7	2.9	0.0	0.0	80.0	40.0
Psychotropic drugs (X61)	38.8	43.5	0.0	0.3	31.7	38.6	38.8	42.1	46.5	51.7	10.3	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Other drugs (X62–X64)	11.9	9.5	13.8	26.8	3.9	13.3	15.7	10.2	11.6	10.0	0.0	8.6	0.0	50.0	20.0	20.0
Chemicals/poisons (X66–X69)	3.9	1.6	71.4	58.4	4.4	3.7	12.4	12.4	2.3	3.3	58.6	80.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Cutting (X78–X79)	22.6	21.3	0.4	0.3	7.8	6.7	8.3	8.1	14.0	15.0	15.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Other methods (X71–X77 & X80–X84)	8.3	6.6	4.5	10.1	8.9	7.2	12.4	6.5	18.6	16.7	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0
Unknown	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.3	0.0	0.0	4.7	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
N in sample area	2219	3598	269	377	180	376	121	323	43	60	58	35	9	10	5	5

Note: Data represent "persons" rather than "events."

Source : The WHO START Study : Suicidal Behaviors Across Different Areas of the World, D. De Leo et al, Crisis 2013; Vol. 34(3):156–163

3ème partie

Enquête « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités » réalisée à Tahiti et Moorea en 2015

1. Introduction

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG) est une recherche-action internationale multicentrique, menée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP) et par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS Lille, France), en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la santé français.

Le responsable scientifique est Jean-Luc Roelandt ; la responsable méthodologique Aude Caria ; et la coordinatrice nationale et internationale Imane Benradia-Echarkaoui.

Depuis son commencement en 1997, l'enquête SMPG a été réalisée sur 86 sites (62):

- 71 sites nationaux : en France métropolitaine, dans les DOM et en Nouvelle-Calédonie
- 15 sites internationaux : en Europe, au Maghreb et dans l'Océan Indien.

On dénombre plus de 74 000 personnes interrogées : plus de 61 000 individus en France (dont 2 500 dans les DOM) ; et près de 13 500 individus pour l'ensemble des sites internationaux.

En plus d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux, l'enquête SMPG interroge les personnes sur leurs représentations des problèmes de santé mentale.

Cette enquête SMPG, à laquelle j'ai pu participer au cours de mon internat, a été réalisée en Polynésie française à l'automne 2015, à la fois à Tahiti et à Moorea. Elle a pu voir le jour grâce à l'implication du Dr Amadeo et des membres de l'association SOS suicide. L'enquête SMPG est la première enquête de grande ampleur sur le thème des troubles psychiques en Polynésie française (prévalences et représentations).

2. Objectifs

Selon le CCOMS, l'enquête SMPG a deux objectifs principaux :

- Décrire les représentations mentales liées à la "folie", "la maladie mentale", "la dépression" et aux différents modes d'aide et de soins (axe socio-anthropologique), et estimer la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans (axe épidémiologique).
- Sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale dans la population générale ; et promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la cité.

3. Matériels et Méthodes

3.1. Echantillonnage

Les données sont recueillies en « population générale ». Sont exclues de l'enquête les personnes vivant en institutions, en maison de retraite, hospitalisées, incarcérées, ou sans domicile fixe. (63)

Un échantillon de 900 personnes âgées de 18 ans et plus a été constitué selon la méthode des quotas stratifiés sur l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'éducation.

Les quotas ont été définis sur la base du recensement de la population de l'Institut de la Statistique de la Polynésie française (ISPF) de manière à obtenir un échantillon représentatif des personnes âgées de 18 et plus. Pour entrer dans l'échantillon, la personne interrogée doit habiter la zone géographique définie pour l'enquête.

La répartition géographique fut la suivante : 75 individus habitant à Moorea et 825 individus habitant à Tahiti, soit 900 questionnaires.

Les trois tableaux suivants définissent les quotas enregistrés sur les sites :

Catégorie Sexe/Age	H 18/29	H 30/39	H 40/49	H 50/59	H 60 et +	F 18/29	F 30/39	F 40/49	F 50/59	F 60 et +	Total 900
Tahiti	119	88	88	64	56	118	88	84	60	60	825
Moorea	10	8	8	6	6	10	8	8	6	5	75

Catégorie	Pas de Diplôme	Primaire	Collège	Bac	Etude Supérieure	Total 900
Tahiti	221	89	238	148	129	825
Moorea	24	9	23	10	9	75

Catégorie	Agriculteur	Artisan	Cadre	Profession intermédiaire	Employé	Ouvrier	Retraité	Autre	Total 900
Tahiti	8	42	42	70	140	98	113	312	825
Moorea	1	5	2	4	12	9	12	30	75

3.2. Les instruments

L'enquête utilise habituellement quatre questionnaires. Un questionnaire supplémentaire propre à la Polynésie française a été rajouté.

3.2.1. Le questionnaire sur les représentations sociales

Ce questionnaire en français a été développé suivant la méthodologie de l'OMS de développement multicentrique et internationale, avec la collaboration de sociologues, d'anthropologues et de professionnels de la santé mentale.

Il comprend une cinquantaine de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées. Sont explorées les représentations liées à la folie, la maladie mentale et la dépression ; les types d'aides et de soins possibles (médicaux, religieux, magico-religieux et autres) ; la tolérance de la société et le rôle de la famille. Les questions sont regroupées dans les trois parties suivantes :

- Les trois questions ouvertes permettant une analyse qualitative :

Par exemple :
« Selon vous, qu'est-ce qu'un fou ? Un malade mental ? Un dépressif ? ».

- Les 18 questions permettant de qualifier des comportements. Les enquêtés doivent indiquer si un comportement donné relève, selon eux, du fou, du malade mental, du dépressif ou d'aucun des trois. Chaque enquêté doit également préciser s'il juge ces comportements normal/anormal, et dangereux/peu dangereux.

Par exemple :
« Selon vous, quelqu'un qui est violent envers lui-même est-il : fou, malade mental, dépressif, aucun des trois ? Normal ou anormal ? Dangereux ou peu dangereux ? ».

- Les questions explorant les représentations de la guérison, de la conscience, de la responsabilité, de la souffrance, de l'exclusion sociale et des soins psychiatriques.

Par exemple :
« Selon vous, peut-on guérir un fou ? Un malade mental ? Un dépressif ? ».

3.2.2. Le questionnaire diagnostique

Le MINI est utilisé et permet de disposer d'un entretien diagnostique structuré qui soit court, fiable et validé. Il est organisé en sections diagnostiques ; les questions filtres (2 à 4 par

pathologies) correspondent aux principaux symptômes. Les réponses positives (réponse « oui/non » pour chaque question) fournissent un score, qui, grâce à la fixation d'un seuil, permettent de diagnostiquer ou non la pathologie.

Cet instrument (120 questions) permet d'interroger les individus sur des pathologies de l'axe I du DSM IV et de la CIM-10 :

- Les troubles de l'humeur : épisode dépressif dans les deux dernières semaines (F32), trouble dépressif récurrent sur la vie entière (F33), dysthymie sur les deux dernières années (F34.1), épisode maniaque actuel ou passé (F30).
- Les troubles anxieux : agoraphobie actuelle (F40.0), trouble panique actuel (F41.0), agoraphobie avec trouble panique actuelle (F40.01), phobie sociale actuelle (F40.1), anxiété généralisée dans les six derniers mois (F41.1), état de stress post-traumatique actuel (F43.1).
- Les syndromes d'allure psychotique : syndromes psychotiques isolés ou récurrents, passés ou actuels.

L'enquête SMPG n'utilise que les questions filtres de cette section sur les syndromes psychotiques. Aux questions du Mini (réponse « oui/non » + questions ouvertes) est rajoutée une procédure de validation clinique par une fiche complémentaire (répercussions sur le fonctionnement social et la consommation de soins). Les réponses à ces questions sont analysées par des cliniciens après la passation du questionnaire, permettant de réaliser des repérages plus efficaces.

- Les troubles liés à l'usage d'alcool et de drogues (dépendance et utilisation nocive).
- Le risque suicidaire : élevé, moyen et léger.
- Les problèmes d'insomnie.

3.2.3. La fiche complémentaire du MINI

Lorsqu'au moins un trouble mental était identifié, une fiche complémentaire était remplie.

Celle-ci permettait d'une part, de connaître la prise en charge consécutive au trouble par l'utilisation d'aide ou de soin (médecine générale, psychiatrie, médecines douces, pratiques religieuse ou magico-religieuse) ; et d'autre part, de décrire les répercussions du ou des troubles sur la vie courante.

Par exemple les répercussions professionnelles : « Ces problèmes vous gênent-ils (ou vous ont-ils gêné) dans votre travail ? Avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ? ».

3.2.4. Le questionnaire socio-démographique

Développé selon les données INSEE habituellement recueillies, il comprend : le sexe, l'âge, la situation maritale, le niveau d'études atteint, la qualification professionnelle, la situation professionnelle, la communauté culturelle de référence.

3.2.5. Le questionnaire supplémentaire du site de Tahiti-Moorea

Certaines questions spécifiques ont été rajoutées afin de recueillir des données sur l'aspect culturel de la Polynésie française.

- « Avez-vous été adopté ? Adoption polynésienne ou Adoption civile »
- « Avez-vous eu des recours aux soins traditionnels pour des problèmes nerveux ? Si oui, Médicaments traditionnels *(Ra'au tahiti)*, Soins corporels *(Taurumi)*, Guérisseurs *(Tahua)* »
- « Selon vous, quelle est votre identité culturelle prédominante ? Polynésienne *(Mā'ohi)*, Européenne *(Popa'a)*, Chinoise *(Tinito)*, Demie *(Āfa)* »
- « Croyez-vous en une vie après la mort ? »
- « Connaissez-vous des légendes polynésiennes qui parlent du suicide ? »
- « Avez-vous vécu un événement traumatisant ? (Agression physique, sexuelle…) »

3.3. Anonymat

L'enquête est anonyme. Les sujets répondent après avoir reçu une information sur les objectifs et les conditions de l'enquête et donné leur consentement oral. La sollicitation des répondants dans les lieux publics garantit un respect de l'anonymat et de la confidentialité. Cet élément est d'autant plus important que l'enquête a eu lieu en contexte insulaire.

3.4. Les intervenants

Les données ont été principalement recueillies par les enquêteurs : étudiants en psychologie de l'Institut supérieur de l'enseignement privé de Polynésie (ISEPP), soit 17 étudiants de première, deuxième et troisième année ; étudiants infirmiers de l'Institut de formation des professions de santé (IFPS), soit 10 étudiants en troisième année ; 2 infirmiers dont un infirmier tuteur des étudiants IFPS.

Les encadrants étaient des professionnels de psychiatrie : 2 médecins dont le Dr Amadeo et un interne en psychiatrie, 5 psychologues.

La coordination était assurée par le CCOMS et les membres de l'association SOS Suicide. Etaient également présents un observateur pour la Nouvelle-Zélande (Pr Annette Beautrais) et un observateur pour Tonga (Révérend Lilo Filifaiesea), l'objectif étant de pouvoir y mener l'enquête SMPG dans les années à venir.

Les enquêteurs et les encadrants ont reçu une formation durant 3 jours, formation comprenant le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Trois formateurs principaux sont intervenus : Jean-Luc Roelandt et Imane Benradia-Echarkaoui du CCOMS, ainsi que Benjamin Goodfellow, qui avait conduit l'enquête SMPG en Nouvelle-Calédonie en 2006. (64)

A la fin de la session de formation, un test de fidélité inter-juge a été mené auprès de tous les enquêteurs par cotation d'un entretien vidéo. Selon le CCOMS, plus de 90 % des cotations sont identiques entre les enquêteurs ; les différences sont attribuables à la hiérarchisation des codages dans les questions semi-ouvertes.

3.5. La passation

Les questionnaires ont été administrés au cours d'entretiens en face à face d'une durée moyenne de 40 minutes. Le temps de passation peut varier selon les réponses au MINI. Il y a très peu d'interruption de la passation, une fois que la personne a donné son consentement.

Les répondants ont été recrutés dans une vingtaine de lieux de pioche différents répartis sur l'ile de Tahiti et à Moorea : services publics (Mairie) et lieux publics (plage, marché, parc), supermarchés, restaurants. Les entretiens ont eu lieu dans des lieux d'accueil prédéterminés à l'avance, afin de maintenir des conditions de confidentialité.

Au préalable, il a été nécessaire d'obtenir les accords de principe pour les lieux de pioche, ainsi que les accords des maires des communes concernées s'étendant sur l'ile de Tahiti et de Moorea.

Au fil du temps de l'enquête, le suivi des quotas de chaque enquêteur permet de réajuster les lieux de pioche en fonction des adéquations de quotas à trouver.

3.6. Analyse des données

Les questionnaires récupérés sont validés par les encadrants puis saisis informatiquement selon le protocole fourni par le CCOMS. Les données sont transmises pour correction au responsable informaticien de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Lille.

Les analyses sont habituellement faites sous logiciel statistique SPSS par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'analyse des réponses libres aux questions ouvertes est faite grâce au logiciel ALCESTE.

3.7. Restitution des résultats d'enquête en 2016-2017

L'équipe de coordination du CCOMS assure le soutien méthodologique, la coordination de l'analyse et la restitution des résultats de chaque site d'enquête au niveau local. Les résultats seront présentés sous forme de conférences à la population polynésienne et ses associations, aux décideurs locaux et aux professionnels sanitaires et sociaux.

4. Résultats attendus

Les résultats sur les représentations sociales de la « dépression », de la « folie » et de la « maladie mentale » pourront être analysés selon les variables sociodémographiques en Polynésie française, et comparés aux résultats retrouvés en France et en Nouvelle-Calédonie. (64) (65)

Les prévalences des différents troubles repérés par le MINI seront comparées selon les sites. Les résultats concerneront également les répartitions de fréquence selon âge et sexe, catégories sociales, niveaux d'études et situations de famille. Ils aborderont les répercussions familiales, sociales et professionnelles de ces troubles, et leur prise en charge médicamenteuse et hospitalière. (66)

Concernant le risque suicidaire et les tentatives de suicide, les résultats permettront de comparer les 4 groupes de risque suicidaire (léger, moyen, élevé, absence de risque) et les antécédents de TS selon les variables socio-économiques et psychopathologiques en Polynésie française. Ces données pourront être comparées aux résultats des enquêtes réalisées en France ou au niveau international. (67) (68) (69)

Discussion

1. Suicides

Dans la continuité du travail de thèse d'E. Boyer (2000) et de G. Garcia (2006), le croisement des données du BVS et de l'enquête START permet de décrire les conduites suicidaires actuelles en Polynésie française.

La Polynésie française est marquée par une tendance à la hausse des décès par suicide depuis 25 ans, et ce à l'inverse des données mondiales et des données de la France métropolitaine.

Le suicide touche des sujets jeunes (15-44 ans), avec une surmortalité masculine nette (3,3) et un nombre important d'années de vie potentielle perdues (AVPP) en particulier chez les hommes.

Des fluctuations du nombre de suicide sont observées selon les années. D'une part, ceci peut être lié au biais relatif au petit effectif de la population étudiée. D'autre part, cela pose la question des variables socio-économiques impactant les conduites suicidaires : dans quelle mesure la crise économique mondiale de 2008, la chute du tourisme, l'augmentation du chômage, ou la période d'instabilité politique sont-ils associés à un risque accru de suicide ?

Concernant les méthodes de suicide, la pendaison reste majoritairement utilisée en PF dans près de 90 % des cas. Ces données sont concordantes entre le BVS et les autopsies psychologiques de l'enquête START. Agir au niveau de la réduction d'accès à la méthode de la pendaison est difficile et reste limité. Les autopsies psychologiques ont par exemple montré que certains suicidés avaient été capables de réaliser des cordes traditionnelles à partir d'écorce d'arbre en quelques minutes. (29)

A l'inverse, les intoxications par désherbant au Paraquat (Gramoxone ®) ont diminué avec la mise en place des mesures préventives de limitation d'accès. Elles représentaient 6 % des suicides entre 1999 et 2003 et 2 % des suicides entre 2004 et 2008 (BVS). Cet axe de prévention prend tout son sens dans la mesure où les pesticides comptent pour environ un tiers de tous les suicides dans le monde selon le rapport de l'OMS (2014).

Le faible taux de suicide par armes à feu en PF s'explique par une réglementation restrictive et un taux de possession d'armes à feu sensiblement bas, ce qui limite donc l'accès à cette

méthode. On observe également un taux de suicide par noyade très faible, et ce malgré un contexte géographique insulaire.

Les autopsies psychologiques de l'enquête START mettent en évidence que des troubles psychiatriques sont retrouvés dans plus de 75 % des cas de suicide en PF. D'après l'OMS près de 90 % des personnes qui se suicident dans les pays à revenus élevés présentent des troubles mentaux. La proportion de troubles psychiatriques s'avère plus basse par rapport aux résultats de l'OMS mais est bien supérieure aux données recueillies dans les certificats de décès en France, où 40 % des suicides sont associés à la présence de tels troubles. (17)

La communication de l'intention suicidaire à l'entourage est retrouvée dans une majorité des cas de suicide. On note également la fréquence élevée d'antécédents de TS, facteur de risque de suicide reconnu dans la littérature.

Ceci souligne l'importance du dépistage et du suivi médical et psychologique des personnes souffrant de troubles psychiatriques, avec une attention particulière pour les troubles dépressifs. Les études montrent que 25 à 50 % des femmes qui manifestent un comportement suicidaire ont consulté un professionnel de santé dans les quatre semaines précédentes. (1) Renforcer la formation des soignants et améliorer la sensibilisation de la population sur la maladie mentale et sur l'accès aux soins psychiatriques sont donc des axes de prévention pertinents.

Concernant les données sur la mortalité par suicide issues du Bureau de veille sanitaire (BVS) de PF, il existe potentiellement des biais de codification et des biais au niveau de la certification médicale. Les causes de décès déclarées comme des « morts violentes indéterminées quant à l'intention » ou comme des « causes inconnues de décès » peuvent conduire à une sous-évaluation des effectifs de suicides. De nombreuses îles de Polynésie n'étant pas pourvues de personnel médical, ni même de personnel paramédical, cela limite la qualité et la précision de la certification médicale et donc la fiabilité des données finales de mortalité par cause.

Concernant l'enquête START, la partie de l'étude relative aux autopsies psychologiques montrait une sous-estimation du nombre de suicide. Le croisement entre le recueil par les certificats médicaux de décès (BVS) et celui par les enquêtes judiciaires a montré un écart de 8 décès par suicide non déclarés au niveau de la certification médicale en 2008. Ce biais connu rejoint les chiffres de l'OMS qui évalue la sous-estimation entre 10 et 20 %.

2. Tentatives de suicide

Les tentatives de suicide en Polynésie française concernent principalement les femmes et les jeunes de 15 à 35 ans. Le taux d'incidence annuel moyen issu de l'étude START est de 79,4/100 000 habitants (200 TS admises au CHPF par an en moyenne).

En tenant compte de la vingtaine de TS par an pour chacun des 4 autres hôpitaux périphériques, on peut estimer le nombre annuel de tentatives de suicide pour l'ensemble de la Polynésie française à un taux d'environ 104/100 000 par an (et ce sans compter les structures sanitaires des 76 autres îles habitées où le nombre de TS n'est pas connu). (29)

En comparaison avec les résultats des études antérieures des thèses de E. Boyer et G. Garcia, on note une augmentation des taux de TS de la période 1989-1998 à 2005 puis une stabilisation jusqu'à aujourd'hui : les taux de TS annuels estimés étaient respectivement de 59/100 000 habitants et de 109/100 000 habitants.

La méthode de TS la plus fréquente est l'intoxication médicamenteuse volontaire dans près de 2/3 des cas ; en particulier par des médicaments psychotropes et touchant surtout les femmes. La prévention passe donc par les professionnels de santé, qui ont un rôle crucial en limitant le volume de médicaments prescrits, et en informant les patients et leurs familles quant aux risques associés aux traitements médicamenteux. Il est également important de prendre en compte dans la prise en charge des patients que le second moyen utilisé par les hommes reste la pendaison dans une proportion plus importante que chez les femmes.

Concernant les troubles psychiatriques, la fréquence des diagnostics associés aux TS est importante (71,7 %), particulièrement concernant les troubles de l'humeur. On peut considérer que près d'un quart des TS est directement imputable à un trouble mental. Ceci conforte la nécessité d'améliorer le dépistage et le suivi des patients.

Environ un quart des patients ayant commis une TS présente un trouble de l'adaptation (F43) ou n'a pas de diagnostic psychiatrique. Cette proportion pourrait s'expliquer à la fois par la forte prévalence de TS dans les groupes d'âges de 15-24 ans et de 25-35 ans ; ainsi que par l'aspect culturel avec l'impulsivité marquée chez les jeunes polynésiens *Taure'are'a* (période d'adolescence prolongée).

Plus de la moitié des sujets a des antécédents de TS (52,1 %). Faire des interventions de prévention est une priorité auprès des populations vulnérables, notamment celles ayant des

antécédents de tentative de suicide. La postvention a ainsi été identifiée comme une composante essentielle de la prévention du suicide par l'OMS. (1)

Parmi les déterminants des conduites suicidaires, apparaissent en premier lieu les difficultés conjugales et familiales. Les tentatives de suicide surviennent dans un contexte de rupture du lien, ce phénomène est associé à un risque accru de suicide dans la littérature. (70) Ceci est à interpréter selon le filtre culturel polynésien (la structure familiale, l'éducation, l'adoption..).

Les autres déterminants importants sont, dans un peu moins d'un cas sur deux, les traumatismes divers liés soit à la maltraitance (30,3 %), soit à la violence sexuelle (15,8 %). Le motif agression sexuelle est significativement plus fréquent chez les femmes. Les jeunes qui ont été confrontés à des difficultés dans leur enfance et au sein de leur famille (violence physique, abus sexuels ou psychologiques, négligence, mauvais traitements, violence familiale, séparation ou divorce des parents) présentent un risque plus élevé de suicide. (71) Ces éléments appuient la nécessité d'assurer la prévention dans les populations vulnérables en PF, et ce, en axant notamment les interventions sur les deux groupes précédemment cités.

Concernant les catégories sociales, une attention particulière doit être portée pour les individus sans emploi ou les individus divorcés et célibataires. L'étude START montre que ces catégories sont surreprésentées dans l'échantillon de suicidants.

Concernant les lieux de naissance, on note une surreprésentation dans START des populations nées en Métropole et DOM, posant la question de l'immigration comme facteur de risque ; ainsi qu'une sous-représentation des populations nées hors Tahiti, posant la question de l'accès aux structures de soins. La zone urbaine est la zone la plus touchée par les tentatives de suicide, confortant la pertinence d'intégrer un centre de prévention du suicide au plus proche des populations touchées.

La connaissance des jours et des heures les plus fréquemment associés aux tentatives de suicide, survenant principalement au domicile, permet d'améliorer l'organisation des soins et des dispositifs de veille préventive, l'exemple étant le renforcement de la ligne de crise tenue par SOS Suicide selon ces données.

L'un des biais de l'enquête START est un biais de sélection et se situe dans le recrutement des suicidants. En effet seules les TS prises en charge au CHPF de Tahiti sont comptabilisées,

limitant le calcul des taux en population générale à des estimations. De plus, on note également que faute de moyen disponible, une partie des TS n'a pu être inclue dans l'étude (environ une quarantaine de cas sur la période concernée) ; ainsi qu'environ 10 % des TS qui avaient des données manquantes.

Un biais est également à prendre en compte dans l'interprétation des taux, la puissance statistique étant limitée dans certaines catégories due à la petite taille de l'effectif.

3. Contexte régional et mondial

Placer la PF dans son contexte régional insulaire du Pacifique permet la comparaison avec les données mondiales et métropolitaine, afin d'appréhender une meilleure compréhension des conduites suicidaires.

La comparaison des taux de suicide standardisés entre la PF, la France métropolitaine et les DOM ne met pas en évidence de différence significative, hormis pour la Martinique dont le taux est significativement inférieur. A l'inverse de la France métropolitaine, la tendance évolutive des taux de suicide est à l'augmentation en PF. Il pourrait être intéressant de travailler à identifier les caractéristiques des conduites suicidaires et de leur prévention en Martinique.

Les répartitions des taux de suicide selon les tranches d'âge et le sexe comportent des différences lorsque l'on compare la PF à la France métropolitaine. Les taux de suicide augmentent fortement avec l'âge en France, tandis qu'en PF le suicide touche principalement les sujets jeunes.

La répartition des principaux modes de suicide en PF, France métropolitaine, DOM et Nouvelle-Calédonie montre des différences. Il apparait important de pouvoir adapter la prévention du suicide aux différences de ces territoires, ciblant et orientant les interventions selon le contexte local.

Malgré des différences socio-culturelles avec la PF, la comparaison avec la Nouvelle-Zélande et l'état d'Hawaii apparait pertinente dans la mesure où ces pays du triangle polynésien partagent les traits d'une culture commune.

Il est constaté une similitude avec la PF par l'importance des taux de suicide chez les moins de 25 ans. Les statistiques selon l'ethnie disponibles en Nouvelle-Zélande et Hawaii relèvent une surmortalité des populations locales d'origine polynésienne (*Maori*, Hawaiien).

L'acculturation et le déplacement des populations constituent un facteur de risque du suicide qui touche certains groupes vulnérables comme les peuples autochtones. Les taux de suicide sont plus élevés chez les Amérindiens des États-Unis, les Premières Nations et les Inuits du Canada, les Aborigènes d'Australie et les Maoris de Nouvelle-Zélande que dans le reste de la population, en particulier chez les jeunes hommes.(72) (73)

Le parallèle avec le suicide des jeunes *Ma'ohis* de PF permet de comprendre l'importance de la culture polynésienne dans l'abord des soins. Les différents axes de prévention doivent donc intégrer les particularités culturelles, religieuses et communautaires, au sein du brassage ethnique d'une société polynésienne en pleine mutation.

La tendance à l'augmentation du taux de suicide en PF interroge sur l'évolution des caractéristiques des conduites suicidaires en Polynésie française : l'occidentalisation de la société amènera-t-elle un rapprochement vers les modèles occidentaux de répartition des suicides selon l'âge ?

La Polynésie française, comme les autres pays du Pacifique, ne dispose pas de système d'information sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Pour la première fois, l'enquête internationale WHO START Study permet de mieux caractériser et comparer les suicides et les tentatives de suicide dans les pays participants, du Pacifique insulaire jusqu'à Hong-Kong et Rome. (61)

Dans tous les pays participants, le suicide touche majoritairement les hommes, alors que les TS touchent principalement les femmes.

Comme en Polynésie française, les cas de suicide dans les îles du Pacifique sont plus fréquents dans les populations jeunes, comparés à l'Australie, la Nouvelle-Zélande, Hong Kong et les Philippines. Ceci conforte l'hypothèse d'un lien commun entre les îles du Pacifique, notamment l'impact des mutations socio-culturelles et économiques, auxquelles les hommes seraient plus vulnérables que les femmes. (74)

Concernant les méthodes de suicide, la pendaison est le moyen le plus fréquemment utilisé dans tous les pays participants. Dans les îles du Pacifique, la pendaison occupe cependant une place largement dominante à plus de 75 %. D'après Ajdacic-Gross et al. (2008), les méthodes de suicides varient selon les pays d'après les codes culturels et l'accessibilité aux moyens. Les suicides par intoxications aux pesticides et armes à feu se développent au

détriment de méthodes plus traditionnelles comme la pendaison ou les sauts dans le vide.(75) L'utilisation majoritaire de la pendaison serait liée à la moindre disponibilité d'autres moyens. Ceci souligne bien que la restriction des moyens létaux est une priorité de prévention. Cependant elle se heurte à la difficulté de limitation d'accès proprement liée à la pendaison.

La méthode de TS la plus fréquente est l'intoxication médicamenteuse, particulièrement aux psychotropes, en Australie, à Hong Kong, en Italie et en Polynésie française. Le recours aux traitements médicamenteux dans les maladies mentales y est bien développé, et augmente l'accessibilité de cette méthode de suicide. Ceci confirme la nécessité de maitriser la prescription des médicaments psychotropes. A l'inverse, dans les autres îles du Pacifique, on note l'importance des TS par intoxications aux produits chimiques/pesticides (Vanuatu, Fidji) ou aux antalgiques (Vanuatu). Ceci montre l'influence du modèle occidental sur la Polynésie française, pays du Pacifique insulaire s'orientant vers une culture européenne et américaine.

Le biais principal de l'enquête internationale WHO START Study est la sous-estimation des cas de TS et de suicide comptabilisés. Cette sous-estimation touche plus particulièrement les pays à revenu faible et intermédiaire aux systèmes de santé et de recueil des données plus immatures. La variabilité entre les pays des périodes de recueil de données, des années concernées, des différents types de sites choisis (non représentatifs du pays concerné) limite les interprétations et incite à développer un système de recueil commun des conduites suicidaires.

4. Approche culturelle

La Polynésie française se caractérise et se différencie de la situation métropolitaine par la jeunesse de sa population où les conduites suicidaires sont au cœur de différentes problématiques.

Traditionnellement, la période prolongée d'adolescence appelée *Taure'are'a* se caractérise par une impulsivité et une immaturité. Le recours au passage à l'acte, dont l'acte suicidaire, peut être soudain, incontrôlé et ce en l'absence de pathologie mentale caractérisée.

La société polynésienne a été confrontée, non seulement à une période d'instabilité politique mais aussi à la crise économique de 2008. L'installation d'une précarisation sociale majore les difficultés de conditions de vie rencontrées au quotidien. Sur le fond du questionnement de

l'avenir socio-économique de la PF, ces éléments alimentent le mal-être des adolescents et jeunes adultes et augmentent le risque suicidaire, notamment chez les hommes.

La zone urbaine est la plus touchée par les suicides et TS. L'exode rural des îles périphériques vers l'île de Tahiti touche une population jeune et souvent précarisée. Cet exode majore le phénomène d'acculturation, qui est un facteur de risque des conduites suicidaires reconnu par l'OMS. (1) Les programmes de prévention doivent donc en priorité se concentrer sur la zone urbaine de Tahiti.

Selon l'OMS, les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50 % de tous les cas de suicide ; 22% de tous les décès par suicide peuvent être attribués à la consommation d'alcool. (76) En PF la consommation de substances psychotropes tend à augmenter au fil des années et touche une population jeune. La formation des professionnels de santé à l'évaluation et à la prise en charge des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives doit tenir compte des facteurs de risque locaux. Les aspects culturel *(Taure'are'a)* et socio-économique soulignent les motifs de consommation d'alcool (lutter contre l'ennui, tenter de se remonter le moral, affronter des problèmes importants dans le cadre familial ou professionnel). (49)

La famille polynésienne traditionnelle subit également de profondes mutations. La famille constitue une importante source de soutien social, émotionnel et financier et peut amortir l'impact des facteurs de stress extérieurs, atténuant le risque de suicide. Les relations jouent un rôle particulièrement important dans la protection des adolescents et des personnes âgées, deux groupes davantage dépendants. S'orientant vers un modèle occidental plus individualiste, les déstructurations du cercle familial polynésien favorisent la perte du lien intergénérationnel. Tandis que les personnes de plus de 65 ans gardent une vie communautaire forte, les jeunes polynésiens subissent les modifications de leurs repères culturels, entre tradition et modernité.

L'adoption traditionnelle *Fa'a'amu*, estimée à 17,9 % dans l'enquête START, est également concernée par ces mutations. Fonctionnant probablement moins bien que par le passé (par rupture du lien familial, ou par maltraitance) l'adoption pose la question de la fréquence des traumatismes subis et du facteur de risque de survenue de troubles psychiques.

La stigmatisation à l'encontre des personnes aux conduites suicidaires, aux antécédents familiaux de suicides, aux problèmes de santé mentale ou d'abus de substances

psychoactives peut être un frein à l'accès aux soins. De plus, le contexte insulaire rend difficile la préservation de l'anonymat et la gestion des endeuillés par suicide.

Selon le rapport de l'OMS (2014), la valeur potentielle protective de la religion et de la spiritualité pourrait s'expliquer par l'accès à une communauté qui assure cohésion, soutien social et partage des valeurs communes. Ceci doit être abordé avec prudence. En PF, le rôle de la religion dans la prévention du suicide apparait pertinent dans la lutte contre les facteurs de risque du suicide comme la consommation d'alcool.

Le rapport au religieux et aux croyances (mythes et interdits), la conception de la vie et de la mort sont au cœur de la pratique quotidienne des soins médico-psychologiques auprès des Polynésiens et doit être intégré dans chaque intervention de santé publique.

5. Enquête Santé Mentale en Population Générale

Les enquêtes déclaratives sont un complément à la surveillance des tentatives de suicide et des suicides. Elles permettent d'estimer une prévalence de déclaration des TS et des pensées suicidaires dans la population, d'approcher le risque suicidaire et d'en étudier les facteurs associés.

Ces enquêtes comportent cependant des limites (biais d'information). Les questions abordant la thématique du suicide demandent aux personnes enquêtées un effort de mémoire potentiellement douloureux et les réponses peuvent n'être que partielles. Le temps peut produire un phénomène d'oubli, de déni et de réinterprétation ; la mémorisation peut être modifiée par l'état de santé du sujet au moment de la passation du questionnaire, sa disponibilité ou sa motivation. Le biais peut également être lié à l'enquêteur, en intervenant différemment en fonction des réponses obtenues ou en suggérant un certain type de réponse.

L'outil utilisé (le MINI, Cf. Matériels et Méthodes) est discutable en ce qui concerne l'exploration du risque suicidaire : il identifie les facteurs du risque suicidaire et non du suicide. Il inclue à la fois les risques de suicide aboutis et de tentatives de suicide, qui sont donc difficilement discernables. De plus, le MINI doit être vu comme un outil d'estimation diagnostique et non pas comme un diagnostic au sens clinique du terme. Il reste cependant pertinent de par sa facilité d'utilisation et sa corrélation avec la CIM. (67)

Il s'agit de la première enquête de cette importance en Polynésie française. L'enquête SMPG est une avancée qui permettra de recueillir des données chiffrées sur la santé mentale, la

fréquence des pathologies psychiatriques, les comportements et idées suicidaires. Les données seront interprétables en tenant compte du filtre socio-culturel propre à la PF.

Cette enquête est réalisée pour une population de 18 ans et plus ; l'exposition au risque suicidaire pourra donc être établie chez les 18-29 ans. Cependant ne pouvant avoir une représentation chez les plus jeunes, d'autres travaux seront à développer.

Concernant les données recueillies en France métropolitaine, l'enquête SMPG menée sur 44 sites différents entre 1999 et 2003 a évalué le risque suicidaire en population générale à 13,7 % au cours du dernier mois (risque léger : 9,7 %, risque moyen : 2,1 % et risque élevé : 1,9 %). La prévalence de pensées suicidaires était de 3,6 % au cours du dernier mois et celle des TS de 0,7 % au cours du dernier mois et de 7,8 % au cours de la vie. (68) Le risque suicidaire est significativement plus grand quel que soit le trouble mental observé. Pour les personnes présentant un état dépressif, la prévalence du risque suicidaire est augmentée avec un risque 11,6 fois plus important.

En définitive, l'intérêt sera de pouvoir comparer les données avec la France métropolitaine, les DOM ou la Nouvelle-Calédonie, mais également avec les autres pays ayant mené ces enquêtes. Ceci prend tout son sens par le contexte régional du Pacifique, où d'autres pays ont ce même projet en cours de construction (notamment grâce aux observateurs venus de la Nouvelle-Zélande et de Tonga le temps de l'enquête).

L'enquête pose la question de la stratégie de prévention et de dépistage. La stratégie préventive devrait mieux associer les professionnels de santé et du secteur social. Diffuser les caractéristiques des groupes à risque suicidaire permettrait de prendre en compte les caractéristiques médicales et les particularités socio-économiques associées.

Par ailleurs, il pourrait être intéressant de donner aux professionnels de santé les moyens de connaître les problèmes de santé mentale et d'identifier les représentations sociales des populations soignées. Cela pourrait d'une part améliorer la prévention et le traitement de ces problèmes ; et d'autre part de lutter contre la stigmatisation des personnes vivant avec des troubles mentaux.

6. Axe de prévention

Les données sur le suicide et TS en PF argumentent pour la mise en œuvre d'une politique pour la santé mentale. Politique dans laquelle la prévention du suicide constituerait un axe majeur grâce à un Observatoire des suicides par exemple. Il est admis que les stratégies de prévention du suicide diffèrent selon le contexte socio-culturel et que leur efficacité nécessite d'être évaluée.

Outre la limitation d'accès aux moyens létaux, la sensibilisation des médias et l'élimination des obstacles aux soins, d'autres axes de prévention sont à évoquer.

Le traitement des troubles mentaux et liés à la consommation de substances psychoactives passe par le renforcement de la formation des médecins généralistes et spécialistes. La question de l'intégration des soins traditionnels dans le circuit de soins se pose alors.

Les stratégies de prévention basées sur des approches psychocorporelles sont culturellement bien acceptées en PF. Les soins à médiation corporelle appelés *Taurumi* (massage associé à la pharmacopée locale) sont en cours d'évaluation dans une prise en charge complémentaire des suicidants. (29)

L'étalement géographique de la PF se heurte à un manque de moyens humains. L'offre de soins spécialisée est plus limitée qu'en métropole et la prise en charge médico-psychologique reste centrée à Tahiti et Moorea. Ces éléments limitent les axes de prévention et invitent à repenser les dispositifs possibles.

Le développement de programmes de formation des sentinelles doit tenir compte de la situation géographique et des moyens humains disponibles. Les premières lignes de prévention dans les îles éloignées n'étant pas toujours le personnel médical ou paramédical mais plutôt les responsables locaux (communauté, religion), enseignants, policiers ou guérisseurs traditionnels.

Le développement des technologies de communication (SMS, Internet, réseaux sociaux, télémédecine) offre de nouvelles opportunités particulièrement bien adaptées à la dispersion géographique des îles du Pacifique. La ligne de crise tenue par l'association SOS Suicide a été complétée par la création d'une page Facebook permettant de porter la prévention auprès des jeunes polynésiens. Ces projets basés sur les nouvelles technologies sont porteurs de nombreux travaux internationaux à l'heure actuelle et seront à développer en Polynésie française.

Conclusion

La Polynésie française n'est pas épargnée par la problématique du suicide et des tentatives de suicide. Comme en France métropolitaine ou dans l'Outre-mer français, c'est un enjeu majeur de santé publique.

La Polynésie française est marquée par un taux de suicide important, touchant une population jeune, principalement masculine, et ce avec une tendance à l'augmentation ces 20 dernières années à l'inverse des données métropolitaines. Le moyen le plus utilisé est la pendaison et les possibilités de restriction à son accès restent limitées.

En l'espace de quelques décennies, la société polynésienne a subi de nombreuses mutations, aussi bien sur le plan social, économique, que culturel. Ces facteurs influencent les conduites suicidaires actuelles et modifient l'approche des soins aux polynésiens.

Ce travail met en évidence l'importance de poursuivre le travail de recueil et de surveillance épidémiologique des conduites suicidaires, des troubles psychiatriques et troubles liés à l'usage des substances associés. L'amélioration du dépistage et du suivi se heurte aux contraintes géographiques et aux moyens humains disponibles.

L'enquête START a permis pour la première fois de recueillir et de confronter des données sur les suicides et les tentatives de suicide dans le Pacifique. La mise en évidence de différences régionales au sein du Pacifique et du triangle polynésien aide à mieux comprendre les comportements suicidaires en PF. Le développement des programmes de prévention doit prendre en compte le contexte socio-culturel et engage à réfléchir sur le développement d'une recherche collaborative internationale sur le sujet.

L'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) est une étape importante pour la construction d'une connaissance précise de la santé mentale des polynésiens. Les données seront présentées en 2016-2017 et feront l'objet de publications sur le sujet.

Grace à ces données, la meilleure compréhension des conduites suicidaires permettra d'adapter les politiques de santé. L'axe de la prévention du suicide ne peut se développer en Polynésie française qu'en associant les domaines de la santé, des affaires sociales et de l'éducation, avec l'aide des appuis communautaires et familiaux.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. 2014.

2. Boyer E. Les suicides et tentatives de suicide en Polynésie française : étude épidémiologique (1988/1999) [Thèse médecine]. Université de Bordeaux ; 2000, 222 p.

3. Garcia G.H. Suicide et tentative de suicide en Polynésie française : prise en charge et prévention [Thèse médecine]. Université d'Aix-Marseille II ; 2006, 162 p.

4. De Leo, D. WHO research and intervention projects into suicidal behaviours: The WHO/SUPRE-MISS and the WHO/START studies. Clinical Neuropsychiatry. 2009;6(4):192-169.

5. Krug E., Dahlberg L., Mercy J., Zwi A., Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation Mondiale de la Santé. Genève ; 2002.

6. Guelfi J-D. DSM-4-TR. 4ème édition. Elsevier Masson ; 2004.

7. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10e révision, vol 2. Organisation Mondiale de la Santé. Genève ; 2008.

8. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association. Elsevier Masson ; 2015.

9. Oquendo MA, Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system : advantages outweigh limitations. World Psychiatry. 2014;13(2):128-30.

10. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Service des Recommandations Professionnelles. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Novembre 1998.

11. INSERM. Suicide : Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Rapport. Expertise collective. Paris : Les éditions Inserm ; 2005, XII- 199 p.

12. Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Octobre 2000.

13. Observatoire National du Suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : Dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport ; février 2016, 481 p.

14. Hawton, Keith et al. Suicide. Background and epidemiology. The Lancet. 2009;373(9672):1372–1381.

15. Courtet P. Le risque suicidaire dans la dépression récurrente. L'Encéphale. 2010;Suppl5:S127–S131.

16. Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jougla E. Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH). 2011;(47-48):497-500.

17. Observatoire National du Suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1er rapport ; novembre 2014, 219 p.

18. Eurostat. Tables, Graphs and Maps Interface (TGM) table. Décès dus au suicide, par sexe. Taux de mortalité standardisé pour 100 000 habitants. 2012.

19. Institut d'Emission d'Outre-Mer. Polynésie française. Rapport annuel 2015.

20. Haut-Commissariat de la République en Polynésie française. Portail de l'Etat en Polynésie française. Culture de la PF. http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Presentation-de-la-PF/Culture-de-la-PF

21. Service de la culture et du patrimoine de Polynésie française. Patrimoine Historique. http://www.culture-patrimoine.pf/spip.php?rubrique182

22. Présidence de la Polynésie française. Les Institutions. http://www.presidence.pf/index.php/institutions

23. Institut de la Statistique de la Polynésie française. Recensement de la population. 2012.

24. Merceron S. Légère croissance de la population en Polynésie française malgré un déficit migratoire sans précédent. Insee Première. 2013;(1474).

25. Institut de la Statistique de la Polynésie Française. Points forts : Bilan démographique 2015.

26. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique-Espérance de vie. 2015.

27. Institut d'Emission d'Outre-Mer. Polynésie française. Rapport annuel 2014.

28. Institut de la Statistique de la Polynésie Française. Points forts : Etudes. Le recensement de la population en Polynésie française en 2012.

29. Amadeo S. Suicide à Tahiti : le paradoxe du suicide au paradis : Eléments de compréhension et propositions de prévention. Editions L'Harmattan ; Décembre 2014.

30. De Monléon JV. Qui sont mes parents? Filiation adoptive en fonction du temps et de l'endroit. Archives de pédiatrie. 2000;7(5):529-535.

31. Beck F., Brugiroux M.-F., Cerf N. dir. Les conduites addictives des adolescents polynésiens. Enquête Ecaap 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé ; 2010.

32. Hiro'a. Journal d'informations culturelles. Mahu et raerae, d'hier à aujourd'hui. 30 août 2013.

33. Lacombe P. Mahu et rae rae de Tahiti : de la singularité des contextes locaux à l'universalité des questions sur le genre. Hermès, La Revue. 2013;(65):89-90.

34. Fer Y., Malogne-Fer G. Christianisme, identités culturelles et communautés en Polynésie française. Hermès. 2002;(32-33):355-365.

35. Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture. La médecine traditionnelle et ses implications éthiques. Rapport du Comité international de bioéthique sur les systèmes de la médecine traditionnelle et leurs implications éthiques. 2013.

36. Capstick S, Norris P, Sopoaga F, Tobata W. Relationships between health and culture in Polynesia : A review. Social Science et Medicine. 2009;68(7):1341-1348.

37. Hiro'a. Journal d'informations culturelles. La médecine traditionnelle : entre science et croyance. N° 85. 30 sept 2014.

38. Lemaitre Y. Savoirs et pouvoirs dans la médecine traditionnelle à Tahiti. Communication destinée au 3eme Congrès international de médecine traditionnelle. Mexico ; 1985.

39. L'Hénoret S. Les rapports entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle en Polynésie française : point de vue des médecins généralistes libéraux de Polynésie. [Thèse médecine]. Université de Rennes 1 ; 2012, 150 p.

40. Vuillemin F. L'empreinte du Tahu'a, une étude de la médecine traditionnelle en Polynésie française. [Thèse médecine]. Université Paul Sabatier Toulouse, Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2009, 153 p.

41. Petit Y, Jubert F, Fourcade M-L, Amadeo S. Voyages pathologiques à Tahiti : mythes et réalités cliniques. Annales Médico-Psychologiques. 1993;151(8):588-590.

42. Airault R. Voyages et risques de décompensations psychiatriques. Actualité et dossier en santé publique. La Documentation française. 2011;(76):43-45.

43. Grepin L-H. L'adolescence masculine aux Tuamotus de l'est aujourd'hui: Le Taure'are'a : Contradictions et transformations d'une catégorie sociale traditionnelle. [Thèse éthnologie]. Lille ; 2001, 571 p.

44. Grépin-Louison L-H. Les turbulences juvéniles polynésiennes : des humeurs dysfonctionnelles ou structurelles ? Le taure'are'a : forme polynésienne du passage à l'âge adulte. Psy Cause. 2007;(48/49):19-24.

45. Virieu R. Un éprouvé psychique polynésien : Le Fiu : Approche psychologique clinique et psychopathologique. [Thèse psychologie]. Nice ; 1981.

46. Hureaux J-C. Dépression en Polynésie. [Thèse médecine]. Reims ; 1986, 122 p.

47. Le Louarn P. Les psychoses délirantes aigues en Polynésie française : caractéristiques et essai d'approche transculturelle [Thèse médecine]. Université François Rabelais Tours, UFR de médecine ; 1986, 90 p.

48. Beck F., Guignard R., Richard J-B., Brugiroux M-F. Paka, alcool, tabac et autres drogues : niveaux et contextes des usages des jeunes Polynésiens. Agora débats/jeunesses. 2012;(61):35-50.

49. Brugiroux M-F., Cerf N., Beck F. L'alcoolisme en Polynésie française. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2009;(48-49-50):520-522.

50. Association Sos suicide de Polynésie Française. Tahiti. Un message pour la vie. http://www.sossuicide.pf/?page_id=23

51. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide: ressources. Publications du programme de l'OMS de prévention du suicide (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/fr/

52. Amadéo S., Rereao M., Malogne A., Favro P., Nguyen N-L., Jehel L., et al. Testing Brief Intervention and Phone Contact among Subjects with Suicidal Behavior : A Randomized Controlled Trial in French Polynesia in the Frames of the World Health Organization/Suicide Trends in At-Risk Territories Study. Ment Illn. 30 sept 2015;7(2):5818.

53. Bulletin d'information sanitaires, épidémiologiques et statistiques. Direction de la santé de Polynésie française. Mai 2015 ; N° 15. Caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide en Polynésie française, 2005-2010. Suicides et tentatives de suicide en Polynésie française : résultats de l'enquête START de l'OMS, 2008-2010.

54. Bulletin d'information sanitaires, épidémiologiques et statistiques. Direction de la santé de Polynésie française. Février 2014 ; N° 10. Les causes de décès en Polynésie française : Analyse de la période 2005-2010 et tendances évolutives de 1984 à 2010.

55. Amadéo S., Kõlves K., Malogne A., Rereao M., Favro P., Nguyen N-L., et al. Non-fatal suicidal behaviours in French Polynesia : Results of the WHO/START study and its implications for prevention. J Affect Disord. Janv 2016;189:351-6.

56. 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'Oscour® 2007-2011. Institut de veille sanitaire. 2014, 51 p.

57. Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie. Situation sanitaire. Un aspect de la pathologie mentale : le suicide. 2014.

58. Observatoire Régional de la Santé de La Réunion. Suicides et tentatives de suicide à La Réunion. Tableau de bord. Décembre 2013.

59. Ministry of Health. New Zealand. Suicide Facts : Deaths and intentional self-harm hospitalisations 2012. Wellington : Ministry of Health. May 2015.

60. Hawaii State Department of Health. Injuries in Hawaii : 2007-2011. September 2012.

61. De Leo D., Milner A., Fleischmann A., Bertolote J., Collings S., Amadeo S., et al. The WHO START Study : Suicidal Behaviors Across Different Areas of the World. Crisis J Crisis Interv Suicide Prev. 1 janv 2013;34(3):156-63.

62. Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé. Enquête Santé Mentale en Population Générale : Images et réalités. http://www.ccomssantementalelillefrance.org/

63. Caria A., Roelandt J-L., Bellamy V., Vandeborre A. Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) : Présentation de La méthodologie d'enquête. L'Encéphale. 2010; Suppl 1(3):1-6.

64. Goodfellow B., Defromont L., Calandreau F., Roelandt J-L. Images of the « Insane, » the « Mentally Ill, » and the « Depressed » in Nouméa, New Caledonia : A Mental Health Survey in the General Population. Int J Ment Health. 1 avr 2010;39(1):82-98.

65. Roelandt J-L., Caria A., Defromont L., Vandeborre A., Daumiere N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'Encéphale. 2010; Suppl 1(3):7-13.

66. Chabaud F., Benradia I., Bouet R., Caria A., Roelandt J-L., Genin M. Prévalences du MINI sur 15 sites des enquêtes santé mentale en population générale : image et réalités. Rev d'Epidémiologie Santé Publique. Sept 2012;60:S59.

67. Debarre J., Serazin C., Chabaud F. Etude des profils de population selon le risque suicidaire en France et en Poitou-Charentes. D'après les données de l'enquête « santé mentale en population générale » 1999-2004. Rapport ORSPEC. 2007;(111).

68. Omnes C., Vaiva G., Philippe A., Rouillon F., Roelandt J-L. Risque suicidaire dans l'enquête Santé Mentale en Population Générale : premiers résultats. Inf Psychiatr. 2005;81(4):308–312.

69. Danel T., Vilain J., Roelandt J.L., Salleron J., Vaiva G., Amarie A., et al. Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord-Pas de Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale. L'Encéphale. 2010;Suppl1(3):39-57.

70. Kposowa AJ. Divorce and suicide risk. J Epidemiol Community Health. 2003;57(12):993.

71. Johnson JG., Cohen P., Gould MS., Kasen S., Brown J., Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(8):741−9.

72. Fortune S., Hawton K. Culture and mental disorders : suicidal behaviour. In : Bhugra D, Bhui K, editors. Textbook of cultural psychiatry. Cambridge : Cambridge University Press. 2007:255−71.

73. Goldston DB. , Molock SD., Whitbeck LB., Murakami JL., Zayas LH., Hall GCN. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. Am Psychol. 2008;63(1):14−31.

74. Booth H. The Evolution of Epidemic Suicide on Guam : Context and Contagion. Suicide Life Threat Behav. 1 févr 2010;40(1):1-13.

75. Ajdacic-Gross V., Weiss MG., Ring M., Hepp U., Bopp M., Gutzwiller F., et al. Methods of suicide : international suicide patterns derived from the WHO mortality database. Bull World Health Organ. Sept 2008;86(9):726-32.

76. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. Arch Suicide Res. 2009;13(4):303–16.

Etat des lieux des suicides et tentatives de suicide en Polynésie Française : Exemple de l'enquête « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités », réalisée à Tahiti et Moorea en 2015

RESUME :

Le suicide est une problématique identifiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un enjeu de santé publique à l'échelle mondiale. Aborder cette question en Polynésie Française (PF) soulève le tabou de la réalité des conduites suicidaires sur un territoire perçu comme un paradis terrestre par le monde occidental. Traiter ce sujet intègre également différents aspects socioculturels spécifiques à la PF.

Développé selon les recommandations de l'OMS pour le Pacifique occidental, la PF a pu bénéficier du programme d'étude épidémiologique et de prévention du suicide, appelé « Conduites Suicidaires dans les Territoires à Risque » (START). Les résultats publiés ont permis de compléter les données disponibles en PF. Le taux moyen annuel standardisé de mortalité par suicide en PF est important (11,3 pour 100 000 habitants), touchant une population jeune (âge moyen de 32 ans), et principalement masculine. Le moyen de suicide le plus utilisé est la pendaison dans près de 90 % des cas. La fréquence des diagnostics associés aux tentatives de suicide est importante (71,7 %), particulièrement concernant les troubles de l'humeur. On observe une tendance à l'augmentation des taux de suicide ces 20 dernières années, et ce à l'inverse des données métropolitaines. Les comparaisons avec les autres pays du Pacifique occidental, mettent en évidence l'importance de la prise en compte du contexte social, économique et culturel dans l'approche des conduites suicidaires et des soins dispensés aux polynésiens.

Ce travail présente l'enquête « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités » (SMPG), qui a été réalisée à Tahiti et Moorea en 2015 avec la coordination du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS). Cette enquête est une recherche-action internationale multicentrique, qui permet de décrire les représentations mentales liées à la "folie", "la maladie mentale", "la dépression", et d'estimer la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans. 900 questionnaires ont été administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, et en respectant des quotas socio-démographiques représentatifs de la population des sites. En recueillant de nouvelles données sur la santé mentale des polynésiens et notamment sur le risque suicidaire, les résultats de l'enquête seront un véritable outil d'aide à l'élaboration des politiques locales de santé mentale en Polynésie Française.

MOTS CLES : Suicide ; Tentative ; Conduites Suicidaires dans les Territoires à Risque ; Enquête Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités ; Polynésie Française.

Discipline : Psychiatrie. Université de Bordeaux, 146 Rue Léo Saignat 33076 BORDEAUX CEDEX