



Ministère de la Santé - Direction de la Santé

# BISES

## BULLETIN D'INFORMATION SANITAIRES, EPIDEMIOLOGIQUES ET STATISTIQUES

### Sommaire

Page 1 : **Caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide en Polynésie française, 2005-2010**

Page 4 : **Suicides et tentatives de suicide en Polynésie française : résultats de l'enquête START de l'OMS, 2008-2010**

## Caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide en Polynésie française, 2005-2010

L. YEN KAI SUN

Bureau de la Veille Sanitaire, Direction de la Santé, Polynésie française

Avec la contribution de Y. MOU (Département des programmes de prévention)

### 1. Introduction

L'objectif principal de l'étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide en Polynésie française au cours de la période 2005-2010. Les objectifs secondaires sont de comparer les taux de Polynésie française avec ceux de France métropolitaine et des Départements d'Outre-Mer (Dom) en 2005-2010 et d'observer leur évolution de 1984 à 2010.

### 2. Matériel et méthodes

#### 2.1 Matériel

- **La base des causes de décès en Polynésie française**, provenant des certificats de causes de décès. Les causes de décès ont été codées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM- 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> révisions) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les codes de cette classification correspondant au suicide sont inclus dans le chapitre des causes externes de traumatismes et empoisonnements : E950 à E959 pour la CIM-9<sup>e</sup> révision ; X60 à X84 pour la CIM-10<sup>e</sup> révision.
- **Les données démographiques**, provenant des bulletins n<sup>os</sup> 6 et 7 de l'Etat-Civil en Polynésie française ;
- **Les données de population**, provenant de l'Institut de la Statistique en Polynésie française ;
- **La base des causes de décès et les données de population de France métropolitaine et des Dom**, provenant du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm, France).

#### 2.2 Méthodes

L'analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble des décès de Polynésie française de 1984 à 2010.

**Les indicateurs de mortalité** utilisés ont été :

- Les effectifs de décès ;
- La part des décès par suicide dans la mortalité générale (exprimée en %) ;
- Les taux spécifiques de mortalité par classe d'âge (effectif de décès d'une classe d'âge, rapporté à la population de cette classe d'âge) ;
- Le taux standardisé de mortalité (TSM) : taux que l'on observerait dans la population étudiée si celle-ci avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ici : population mondiale de référence) ;
- L'indice de surmortalité masculine : rapport du TSM masculin sur le TSM féminin ;
- Les effectifs de décès survenus avant l'âge de 65 ans (mortalité prématurée) ;
- Le taux standardisé de mortalité prématurée, qui se calcule de la même façon que le TSM, en utilisant un poids différent pour les classes d'âges ;
- Les années de vie potentielle perdues (AVPP) avant 65 ans (indicateur de mortalité prématurée) : nombre d'années qu'un sujet mort prématurément avant 65 ans n'a pas vécu.

Les taux spécifiques et les TSM présentés pour la période 2005-2010 sont des taux moyens annuels exprimés pour 100 000 habitants.

**Les tests statistiques de différences de taux** (pour la comparaison des taux standardisés de mortalité entre la Polynésie française, la France métropolitaine et les Dom) ont été interprétés au seuil de significativité de 5%.

### 3. Résultats

**Au cours de la période 2005-2010** en Polynésie française, 190 suicides ont été recensés au total, soit 32 suicides en moyenne par an (minimum 25, maximum 38).

Le taux moyen annuel standardisé de mortalité par suicide était de 11,3 pour 100 000 habitants. Les suicides ont représenté 2,6 % des 1 209 décès survenant en moyenne chaque année.

### Surmortalité masculine

Les effectifs et les taux de décès ont été nettement plus élevés chez les hommes : 8 décès par suicide sur 10 ont concerné le sexe masculin (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 TSM étaient respectivement de 17,2/100 000 et de 5,2/100 000.

La surmortalité masculine par suicide (3,3) a été donc importante (NB : pour l'ensemble des causes de décès, le TSM a été 1,5 fois plus élevé chez les hommes par rapport aux femmes). Elle a été particulièrement marquée chez les 25-44 ans (12 suicides chez les hommes pour 3 chez les femmes).

### Les 15-24 ans sont les plus touchés

Le suicide a été la 1<sup>ère</sup> cause de décès chez les jeunes de 15-24 ans. C'est également dans cette classe d'âge que le plus fort taux de suicide a été observé dans la population polynésienne (21,8 pour 100 000 habitants), aussi bien chez les hommes (29,5 pour 100 000 habitants) que chez les femmes (13,9 pour 100 000 habitants) (**tableau I**).

### La pendaison est le mode de suicide le plus fréquent

Le mode de suicide le plus fréquent a été la pendaison (88 % des décès par suicide), chez les hommes comme chez les femmes (respectivement 89 % et 86 %) et quelle que soit la tranche d'âge. Chez les femmes, le 2<sup>e</sup> mode prépondérant était l'empoisonnement médicamenteux (7 %), suivi des auto-intoxications par pesticides et autres produits chimiques (5 %) et du saut dans le vide (2 %). Chez les hommes, les suicides par pesticides (3 %), médicaments (2 %), solvants et gaz (1 %), arme à feu (1 %) et objet tranchant (1 %) étaient les autres modes de suicides.

**Tableau I. Effectifs moyens annuels de décès, part et taux de mortalité moyens annuels par suicide et toutes causes confondues, selon la classe d'âge et le sexe, Polynésie française, 2005-2010**

Classe d'âge	Décès par suicide										Décès toutes causes									
	Deux sexes			Hommes			Femmes			Ratio	Deux sexes			Hommes			Femmes		Ratio	
	n*	%†	Taux‡	n*	%†	Taux‡	n*	%†	Taux‡	TxH/TxF	n*	%	Taux‡	n*	%	Taux‡	n*	%	Taux‡	TxH/TxF
0-14 ans	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	-	42	3,5	60,6	26	3,7	73,3	16	3,2	47,3	1,5
15-24 ans	11	25,4	21,8	7	23,8	29,5	3	29,9	13,9	2,1	42	3,5	86,0	31	4,3	123,9	11	2,2	46,6	2,7
25-44 ans	14	11,7	17,8	12	14,9	28,6	3	5,7	6,4	4,5	123	10,1	152,0	79	11,2	191,3	44	8,7	110,6	1,7
45-64 ans	5	1,5	10,9	4	1,9	16,1	1	0,9	5,2	3,1	346	28,7	730,3	215	30,3	867,9	131	26,3	579,5	1,5
65-84 ans	2	0,3	10,7	2	0,5	21,8	0	0,0	0,0	-	541	44,8	3 866,7	316	44,5	4 586,1	225	45,1	3 169,4	1,4
85 ans et +	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	-	115	9,5	21 485,5	42	5,9	22 650,0	72	14,5	20 860,4	1,1
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>2,6</b>	<b>12,1**</b>	<b>25</b>	<b>3,5</b>	<b>18,5**</b>	<b>7</b>	<b>1,4</b>	<b>5,5**</b>		<b>1 209</b>	<b>100,0</b>	<b>463,5**</b>	<b>709</b>	<b>100,0</b>	<b>530,7**</b>	<b>499</b>	<b>100,0</b>	<b>392,4**</b>	<b>1,4</b>

\* Effectifs moyens annuels de décès

† % du total des décès de la tranche d'âge

‡ Taux de mortalité spécifiques par âge, pour 100 000 habitants

\*\* Taux bruts de mortalité pour 100 000 habitants

Source : Direction de la Santé

### Mortalité prématurée (avant 65 ans) par suicide

En moyenne, 30 décès par suicide avant 65 ans ont été enregistrés par an, soit 5,5 % des décès prématurés et un taux standardisé de mortalité prématurée de 11,4/100 000.

Chez les hommes, 23 décès prématurés par suicide ont été observés en moyenne par an, soit 6,6 % des décès masculins prématurés et un taux standardisé de mortalité prématurée de 16,9/100 000. Chez les femmes, 7 décès prématurés par suicide ont été comptabilisés, soit 3,5 % des décès féminins prématurés et un taux standardisé de mortalité prématurée de 5,6/100 000.

La surmortalité masculine a été de 3,0 pour les décès par suicide avant 65 ans.

Les suicides ont été la 5<sup>e</sup> cause de mortalité prématurée, après le cancer du poumon (taux standardisé de mortalité prématurée de 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).

### Années de vie potentielle perdues (AVPP) par suicide avant 65 ans

Le total annuel des AVPP avant 65 ans, toutes causes confondues, a été de 9 833 pour la période 2005-2010. Les suicides ont représenté à eux seuls 1 012 AVPP, soit 10,3% du total des AVPP. Ils ont été la 2<sup>e</sup> cause la plus importante des AVPP, après les accidents de transport (11,2% des AVPP).

Les trois quarts des AVPP par suicide (773 AVPP) étaient attribués aux hommes.

### Comparaison avec la France métropolitaine et les Dom

A structure d'âge égale, il n'y avait pas de différence significative entre les taux de décès par suicide en Polynésie française et ceux de France métropolitaine et des Dom, à l'exception de la Martinique où le taux de mortalité par suicide, tous sexes confondus, a été significativement inférieur à celui de la Polynésie française (**tableau II**).

## Evolution dans le temps (1984-2010)

La tendance du TSM par suicide est à la hausse entre 1984 et 2010, en particulier chez les hommes (**Figure 1**).

### 4. Discussion et recommandations

Des biais potentiels existent au niveau des données de mortalité : biais de codification, mais surtout biais au niveau de la certification médicale. Les causes de décès déclarées comme des « morts violentes indéterminées quant à l'intention » ou des « causes inconnues de décès » peuvent conduire à une sous-évaluation des effectifs de suicides. Cela pose le problème de la qualité de la certification médicale des causes de décès, sachant que de nombreuses îles de Polynésie ne sont pas pourvues de personnel médical, ni même de personnel paramédical. Or la qualité et la précision de la certification médicale déterminent la fiabilité des données finales de mortalité par cause. La sensibilisation des médecins sur ce sujet est donc essentielle, de même que la formation des personnels paramédicaux en partance pour les îles. Si les biais de déclaration sont ainsi réduits, la caractérisation des groupes à risque et des déterminants des conduites suicidaires sera améliorée.

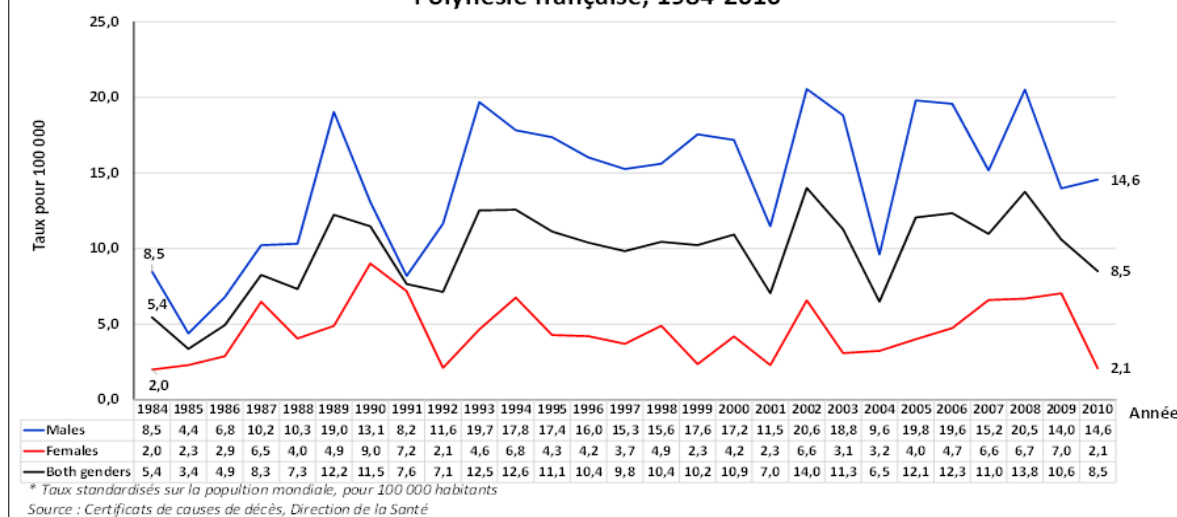
**Tableau II. Comparaison des taux standardisés de mortalité par suicide en Polynésie française, France métropolitaine et départements d'Outre-Mer, période 2005-2010**

	Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale (/100 000)		
	Deux sexes	Hommes	Femmes
Polynésie française	11,3	17,2	5,2
France métropolitaine	12,0	18,5	6,1
Guadeloupe	8,3	13,6	4,0
Martinique	6,4*	11,8	1,9
Guyane	8,4	11,8	5,3
Réunion	10,0	16,7	4,0

\* Différence significative avec taux de Polynésie française ( $p < 0,04$ )

Source : Direction de la Santé (Polynésie française) et CépiDc-Inserm (France)

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



Néanmoins, le jeune âge des suicidés (15-44 ans), la surmortalité masculine importante (3,3) et le nombre important d'AVPP en particulier chez les hommes (2<sup>e</sup> cause d'AVPP) sont des faits majeurs à prendre en compte pour développer des actions sur la santé mentale, ciblées sur les jeunes et notamment les garçons.

La Polynésie française se caractérise de la situation métropolitaine par la jeunesse de sa population qui manifeste de façon visible des problématiques de comportements à risque. Les données de mortalité prématurée par suicide et par accidents témoignent des conséquences de l'abus d'alcool et de drogues, du mal-être des adolescents et des jeunes adultes, des comportements de violence, liés aux conditions de vie en société, la précarisation sociale ou la déstructuration du cercle familial.

La situation du suicide à travers ces seules données de mortalité argumente en faveur de la mise en œuvre d'une politique pour la santé mentale dans laquelle la prévention du suicide constituerait un axe majeur.

La tendance à la hausse des décès par suicide implique le besoin de mettre en place une surveillance spécifique à l'égard de ce phénomène.

La prévention doit s'employer à trouver des moyens à la fois pour réduire les déterminants et pour promouvoir les facteurs de protection contre le suicide. La détresse des personnes n'est que le reflet de problèmes profonds familiaux, ou liés aux aspects de la vie en société ou en communauté, ou historiques parfois. Un élément essentiel de la stratégie de prévention réside dans les solutions aux conduites suicidaires notamment chez les jeunes et les hommes, par des appuis communautaires et familiaux, en complément des interventions disponibles par les secteurs des affaires sociales, de la santé et de l'éducation. Le suicide doit être traité dans toutes ses dimensions, biologique, psychologique, socioculturelle, de bien-être. Les modèles positifs sur le rôle parental et sur les comportements au quotidien, les aptitudes à la résolution de problèmes et à la communication, l'estime de soi et la lutte contre la stigmatisation, sont les fondements principaux des actions de prévention.

# Suicides et tentatives de suicide en Polynésie française : résultats de l'enquête START de l'OMS, 2008-2010

S. AMADEO<sup>1,2</sup>, M. REREAO<sup>1,2</sup>, A. MALOGNE<sup>2</sup>, P. FAVRO<sup>2,3</sup>, L. G. NGUYEN<sup>4</sup>

1. Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier de Polynésie française 2. Association SOS Suicide 3. UPF ; 4. Centre de consultations spécialisées en maladies infectieuses et tropicales, Direction de la Santé

## 1. Introduction

Responsable de plus de 800 000 décès par an, le suicide est décrit comme un phénomène planétaire par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1). Mais on peut s'interroger sur la nature et les raisons de ce comportement paradoxalement si fréquent dans des pays tels que Tahiti et ses îles, plutôt associés à une image de Paradis sur Terre, où l'on s'attendrait à ce qu'il soit exceptionnel.

Devant une surmortalité par suicide et un manque de données fiables dans la région, le bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, a émis des recommandations lors de la conférence organisée à Manille en 2005. Une des actions recommandées a été le lancement du programme d'étude épidémiologique et de prévention appelé «Conduites Suicidaires dans les Territoires à Risque» (*Suicide Trends in At-Risk Territories* ou START) sous la coordination de l'Institut Australien pour la Recherche et la Prévention du Suicide (AISRAP), centre collaborateur de l'OMS (2). L'étude START comporte quatre volets qui visent à :

- 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 ;
- mener un suivi longitudinal des tentatives de suicide médicalement graves (avec des méthodes à potentiel élevé de létalité).

L'étude START en Pf, après avis favorable du comité d'éthique, a été réalisée entre 2008 et 2012. Il s'agit de l'étude la plus complète réalisée sur ce sujet et par certains aspects originaux, elle n'a pas d'équivalent en France métropolitaine.

Le présent article porte sur les résultats détaillés des premier et troisième composants de l'étude polynésienne. Les perspectives découlant de ces travaux seront évoquées, notamment en matière de surveillance et d'études en population générale, et de dispositif de prévention du suicide.

## 2. Populations et méthodes

### 2.1 Recrutement

Concernant les cas de suicides, les données d'autopsies psychologiques ont été collectées entre 2008 à 2010 à partir des enquêtes de police judiciaire après autorisation du Procureur de la République. Pour les 44 décès par suicide inclus dans l'étude, les entretiens directs à l'aide d'un questionnaire, avec des personnes proches ont été menés 2 à 12 mois après le décès. Ils ont permis de connaître la

personnalité du défunt, les facteurs ayant conduit au suicide (communication ou pas de l'intention, réaction de l'entourage) et de repérer d'après les témoignages une éventuelle pathologie psychiatrique. L'analyse des entretiens est toujours en cours. Les effectifs de décès par suicide ont été comparés avec ceux du Bureau de veille sanitaire (Direction de la santé), établis à partir des certificats de décès établis sur la période 2008-2010.

Concernant les tentatives de suicide (TS), le recueil a été réalisé au service des urgences du Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPf) de 2008 à 2010. L'évènement de TS a été défini comme «un comportement suicidaire non mortel». Cette définition englobe tous les comportements ayant entraîné des lésions auto-infligées, avec la présence ou non d'une intention suicidaire exprimée lors de l'acte. Au total, 556 TS ont été recensées pour 515 personnes (plusieurs TS par personne). Les caractéristiques de ces sujets ont été analysées et comparées à la population générale (recensement 2012).

Parmi les 515 suicidants, 200 sujets hospitalisés dans l'unité de psychiatrie ont été inclus, après consentement éclairé, dans le dispositif de prévention. Ils ont été affectés de façon aléatoire soit dans le groupe contrôle ou traitement habituel (TAU) (n=100), soit dans le groupe ayant reçu une intervention brève et des contacts (BIC) (n=100). Le protocole BIC comprenait une séance de psycho-éducation et un suivi de 9 contacts téléphoniques (avec des questions telles que comment le sujet se sentait-il ? Avait-il de nouveaux eu des idées de suicide ou des passages à l'acte ? Avait-il besoin d'aide ?, et l'invitation à revoir son médecin traitant ou l'équipe soignante si besoin).

Cette phase s'est déroulée sur 18 mois, de janvier 2008 à décembre 2010 pour l'inclusion et jusqu'en juin 2012 pour les rappels.

### 2.2 Instruments

Le protocole de l'étude START était similaire à celui utilisé dans l'enquête de l'OMS « Intervention de Prévention du Suicide-Multisite » (SUPRE-MISS). Il comprend un questionnaire de base et une batterie d'évaluations couvrant des données sociodémographiques, des informations sur la tentative de suicide actuelle, une série de variables relatives à l'information clinique (par exemple l'état de santé physique et mentale, les expériences traumatisantes, la consommation d'alcool et de drogues). Plusieurs échelles d'auto-évaluation étaient utilisées.

### 2.3 Analyse des données

La saisie et l'analyse statistique ont été réalisées sur les logiciels Epi Info 6 et IBM SPSS Statistics 22. Pour les tests de comparaison, les odds ratios (OR) et les intervalles de confiance à 95% (IC 95%) ont été calculés. Pour les effectifs inférieurs à 5, le test exact de Fisher a été appliqué. Afin de comparer les taux de suicide entre les différents groupes, le risque relatif (RR) a été calculé.

### 3. Résultats

#### 3.1 Suicides

Les résultats des autopsies psychologiques (**tableau 1**) montrent une surmortalité masculine par suicide (84 % d'hommes parmi les 44 cas de suicide). L'âge moyen est de 32 ans. La mort par pendaison est le principal moyen utilisé (91 % des cas).

Les enquêtes par les officiers de police judiciaire mettent en évidence l'existence de troubles psychiatriques dans 77 % des cas dont une majorité non connue des services de psychiatrie et libéraux et la présence d'antécédents de tentative de suicide dans près de 16% des cas. La communication de l'intention suicidaire existe dans près de 80 % des cas.

#### 3.2 Tentatives de suicide

Le taux d'incidence annuel moyen est de 79,4/100 000 habitants (200 TS admises au CHPF par an en moyenne). Les caractéristiques sociodémographiques des suicidants montrent un *sex ratio* de 2,2 femmes pour 1 homme alors qu'il est de 0,96 dans la population générale. En comparaison avec les données du recensement 2012 de l'ISPF, il existe une sur-représentation significative importante des divorcés (RR=4,17) et dans une moindre mesure des célibataires (RR=1,26), et au niveau du statut professionnel, une sur-représentation significative des sans-emplois (RR=1,31) (**tableau 2**). L'âge moyen des suicidants est de 30 ans. Les taux de TS pour les deux sexes étaient les plus élevés dans le groupe d'âge de 25-34 ans, suivis de près par le groupe des 15-24 ans (**figure 1**).

La méthode la plus fréquente est l'intoxication médicamenteuse volontaire en particulier par des médicaments psychotropes (64,0 %), puis la pendaison (15,8 %) et les solvants et pesticides (6,5 %). Les hommes utilisent plus souvent la pendaison que les femmes (27,8 % vs 10,4 %).

Le trouble psychiatrique le plus fréquent est le trouble de l'humeur (45,3 %). Toutefois, 26,0 % des sujets n'ont pas de troubles psychiatriques majeurs, avec 14,5 % sans diagnostic psychiatrique ou seulement des troubles anxio-dépressifs réactionnels (11,7 %).

**Tableau 1. Données issues des autopsies psychologiques des cas de suicide, étude START Polynésie française, 2008-2010**

Caractéristiques principales des personnes décédées de suicide et des modalités du geste	START 2008-2010 (autopsies psychologiques) n = 44
<b>Sexe</b>	
Hommes	37 (84,0 %)
Femmes	7 (16,0 %)
<b>Age moyen</b>	32 (16 – 72)
<b>Lieu</b>	
Tahiti	27 (61,4 %)
Autre	17 (38,6 %)
<b>Méthodes</b>	
X64 (intoxication)	1 (2,2 %)
X70 (pendaison)	40 (91,0 %)
X72 (arme)	1 (2,2 %)
X80 (saut)	2 (4,4 %)
<b>Histoire psychiatrique ou suicidaire</b>	
Trouble psychiatrique	34 (77,3 %)
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 %)

**Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des suicidants et comparaison avec la population générale (RGP 2012), étude START Polynésie française, 2008-2010)**

	Total					Hommes					Femmes				
	N	%	Taux *	RR	IC 95% L H	N	%	Taux *	RR	IC 95% L H	N	%	Taux *	RR	IC 95% L H
<b>Statut marital (&gt;15 ans) n= 495</b>															
Célibataire	160	32,3	93,3	<b>1,26</b>	<b>1,03 1,53</b>	54	35,1	52,2	1,14	0,8 1,62	106	31,2	156,1	<b>1,55</b>	<b>1,22 1,97</b>
Marié/ Concubinage	300	60,6	75,4	1		90	5,4	45,8	1		209	61,5	102	1	
Veuf	4	0,8	17,5	<b>0,24</b>	<b>0,08 0,65</b>	1	0,6	17,7	**		3	0,9	17,5	**	
Divorcé	31	6,3	309,2	<b>4,17</b>	<b>2,82 6,11</b>	9	5,8	208,6	<b>4,55</b>	<b>2,15 9,31</b>	22	6,5	385,2	<b>3,81</b>	<b>2,4 6,01</b>
<b>Statut professionnel (&gt;15 ans) n=482</b>															
Employé (incluant temps partiel)	261	54,1	97,3	1		96	62,7	61,9	1		165	50,3	145,9	1	
Sans emploi	95	19,7	127,2	<b>1,31</b>	<b>1,03 1,66</b>	29	19	70,1	1,13	0,73 1,74	65	19,8	195,1	1,34	0,99 1,8
Etudiant	70	14,5	124,5	1,28	0,9 1,68	15	9,8	56,9	0,92	0,51 1,62	55	16,8	184,3	1,26	0,92 1,73
Retraité	7	1,5	9,3	<b>0,1</b>	<b>0,04 0,21</b>	2	1,3	4,8	**		5	1,5	14,8	<b>0,1</b>	<b>0,03 0,26</b>
Autre (incluant au foyer, handicapé)	48	10	35,9	<b>0,37</b>	<b>0,27 0,52</b>	11	7,2	24,2	<b>0,39</b>	<b>0,2 0,42</b>	37	11,3	41,9	<b>0,29</b>	<b>0,2 0,42</b>

\* Les taux sont calculés pour 100 000 personnes en utilisant le recensement de 2012 (nombre moyen annuel de sujets dans START, rapporté au nombre de sujets dans le recensement pour la catégorie x 100 000)

\*\* non calculés du fait d'effectifs trop petits

Statut marital : 21 (4%) données manquantes

Statut d'employé : 33 (6,4%) données manquantes

**En gras**, résultats avec degré de significativité atteignant le niveau 0,05

C'est dans la zone urbaine de Tahiti (lieu de réalisation de TS) que sont retrouvés les taux d'incidence les plus élevés : Papeete (309 pour 100 000 habitants), Mahina (232), Arue (216), Punaauia (212), Pirae (211) et Faa (209) (tableau 3).

Les sujets commettent le plus souvent leur TS à leur domicile (79,0 %), plus rarement sur leur lieu de travail (1,8 %).

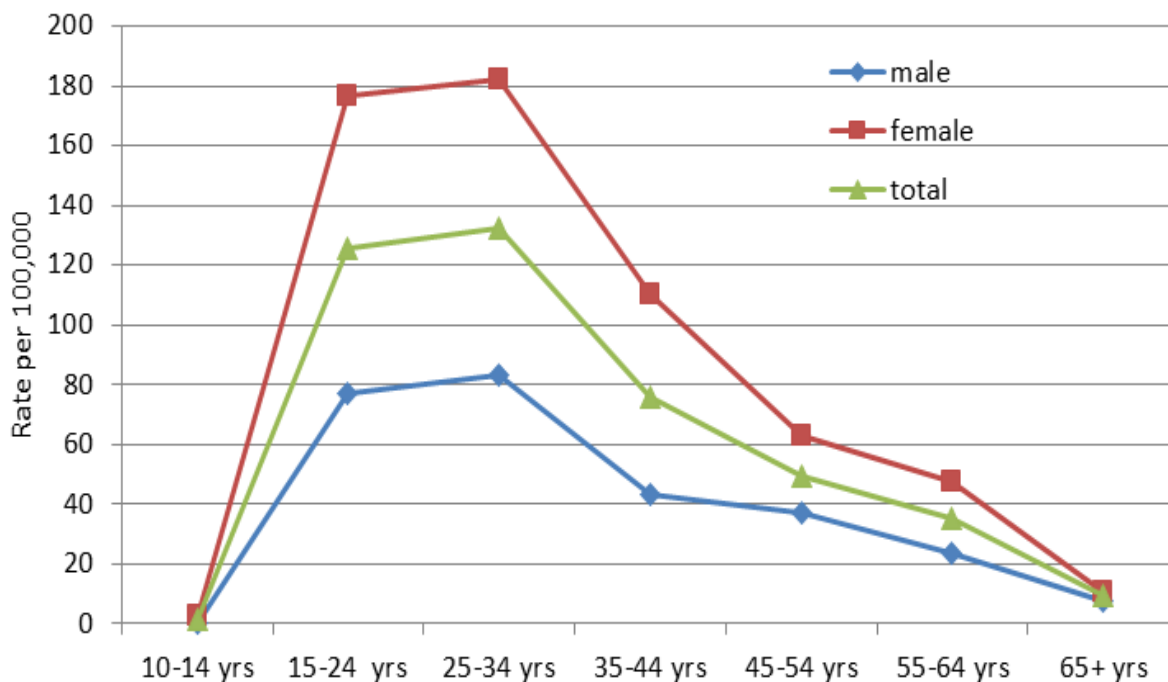
La majorité des patients hospitalisés (n=298) déclare des antécédents de TS (53,6 %) : 1 récurrence pour 25,7 % d'entre eux, 2 ou plus pour les autres (27,9 %). La majorité des gestes suicidaires (63,1 %, n=351) a nécessité des soins médicaux ou chirurgicaux. Le risque létal (danger de mort entraîné par le passage à l'acte) est avéré pour 13,5 % des TS (n=75). Il paraît important de noter la variabilité des taux de suicide en fonction de cette donnée. Si une prise en charge adéquate n'avait pas été mise en œuvre (ce qui peut être le cas dans des pays de la zone pacifique à revenus faibles ou moyens), le nombre de décès par suicide de 96 sur la période 2008-2010 serait passé à 171, augmentant d'autant le taux de suicide.

Le motif principal du passage à l'acte suicidaire est lié le plus souvent un problème de couple (67,5 %), suivi d'un problème familial (44,4 %), des troubles psychiatriques et addictifs (38,2 %) et des psycho-traumatismes divers tels que la maltraitance physique et psychique (29,8 %) et l'agression sexuelle (15,5 %). Plusieurs motifs dans une TS peuvent être retrouvés.

**Tableau 3: Fréquence des tentatives de suicide selon leur lieu de réalisation, étude START Polynésie française, 2008-2010**

Lieu de réalisation de la TS (commune)	Nombre	Taux (/100 000 hab.)
Papeete	81	309
Mahina	34	232
Arue	21	216
Punaauia	60	212
Pirae	31	211
Faa'a	63	209
Paea	25	198
Moorea	32	183
Taiarapu (Est et Ouest)	17	176
Teva i uta (Mataeia, Papeari)	16	168
Tuamotu- Gambier	27	155
Papara	17	149
Huahine	8	124
Bora Bora	9	93
Hitia O Tera	8	82
Maupiti	1	80
Marquises	7	71
Raiatea	9	55
Tahaa	1	19
Autrales	1	14
Inconnu	88	-
<b>Total</b>	<b>556</b>	

**Figure 1. Taux de tentatives de suicide en fonction de l'âge et du sexe chez les personnes admises au service des Urgences du CHPF entre 2008 et 2010**



### 3.3 Dispositif de prévention

En final, sur les 200 sujets inclus dans le protocole de prévention, l'analyse a pu être réalisée sur 75 sujets dans le groupe TAU et 70 dans le groupe BIC (figure 2).

Les résultats (3) ne concluent pas à des résultats statistiquement significatifs.

Le taux de récurrence de TS est le même à 18 mois dans les deux groupes (26 %), quelle que soit la pathologie des sujets, l'existence ou non d'antécédents suicidaires ou leur

#### 4. Discussion

La partie de l'étude START relative aux autopsies psychologiques montraient une sous-estimation du nombre de suicide. Le croisement entre le recueil par les certificats médicaux de décès (Bureau de la veille sanitaire) et celui par les enquêtes judiciaires a montré par exemple un écart de 8 décès par suicide non déclarés au niveau de la certification médicale en 2008. Ce biais est décrit dans la plupart des articles sur la mortalité par suicide. L'OMS déclare d'ailleurs que les chiffres mondiaux du suicide sont sous-estimés de 10 à 20 %.

Cela tiendrait soit à la méconnaissance ou une incertitude réelle des causes de la mort par le médecin déclarant, soit à une pression de l'entourage ne souhaitant pas faire apparaître l'origine suicidaire du décès pour des raisons diverses (religion, stigmatisation, assurances, ...).

La plupart des personnes décédées par suicide présentait des troubles psychiatriques. L'absence de soins adéquats dans ces situations et la non prise en compte par l'entourage de l'intention suicidaire souvent communiquée semblent indiquer des réticences à recourir aux soins psychiatriques classiques (stigmatisation). Elles sont sans doute liées à une méconnaissance des troubles psychiatriques dans la population générale, voire chez les soignants. Une meilleure formation des soignants et une sensibilisation de la population dans ce domaine pourraient contribuer à prévenir les passages à l'acte.

Les fréquences élevées des antécédents de TS et de récurrences chez les suicidés et les suicidants semblent montrer qu'il s'agit là d'un des facteurs de risque les plus importants de suicide abouti. L'amélioration de la prise en charge des suici-

dants et de la prévention des récurrences apparaît comme un axe prioritaire.

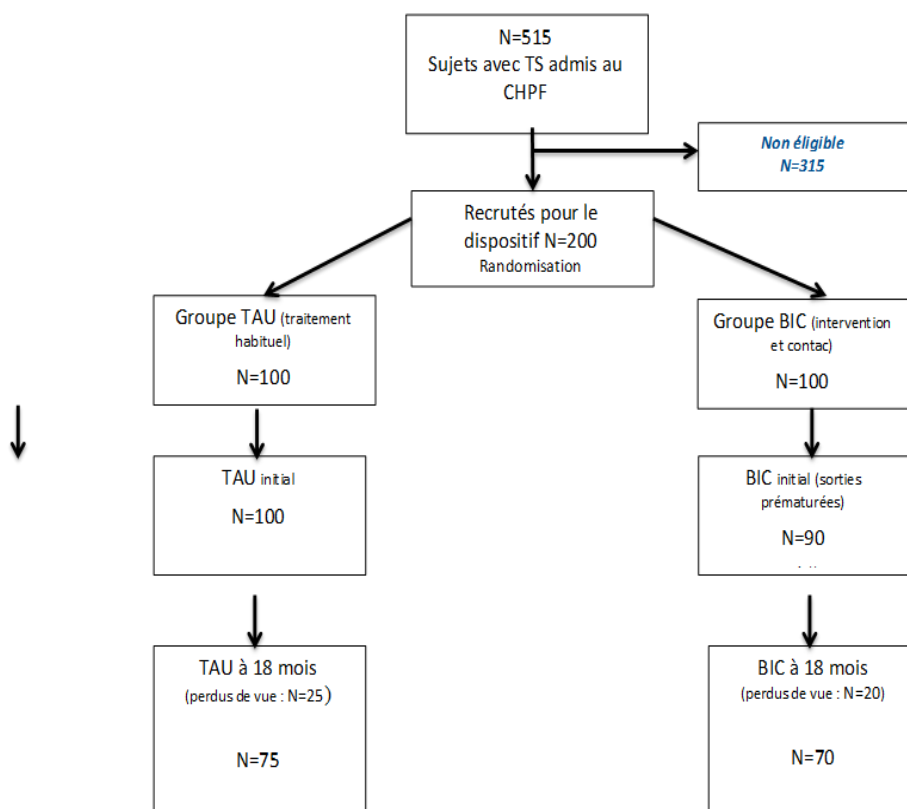
L'étude START met en évidence que les suicides aboutis sont plus fréquents chez les hommes et les jeunes et la pendaison est majoritairement utilisée. Dans les situations de TS, les femmes et les jeunes de 15 à 35 ans sont plus concernées (4).

La méthode des TS la plus fréquente est l'intoxication médicamenteuse volontaire (principalement des psychotropes). C'est également la méthode fréquente en Australie, tandis qu'à Fidji, l'intoxication par pesticide est la plus utilisée.

Parmi les principaux déterminants des conduites suicidaires, apparaissent en premier lieu les difficultés conjugales et familiales, puis les troubles psychiatriques, les addictions et les traumatismes divers liés à la maltraitance et la violence sexuelle. Ces éléments d'information renforcent la nécessité d'une politique globale en faveur de la santé mentale intégrant la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires.

Les effectifs de TS dans cette étude n'ont inclus que de façon très partielle les données des structures de la Direction de la santé. La fréquence des hospitalisations de TS au CHPF est probablement plus élevée dans les communes situées à proximité du CHPF (d'où peut-être les taux de TS plus élevés retrouvés dans les communes urbaines). On peut considérer que seuls les cas de TS les plus graves médicalement ont été adressés au CHPF et, après sondage auprès des structures périphériques, on estime à une vingtaine de cas de TS par an pour chacun des 4 autres hôpitaux périphériques (Taravao, Moorea, Uturoa, Taiohae). Le nombre de TS pour les autres structures dans les 76 îles habitées n'est pas disponible.

**Figure 2. Organigramme du suivi des deux groupes de sujets suicidants TAU et BIC du dispositif de prévention des TS, étude START, 2010-2012**



La tendance évolutive des TS dans le temps ne peut être faite en l'absence de surveillance et de données antérieures solides. Deux études ponctuelles en 2000 et en 2006 semblent montrer des fréquences de TS inférieures à celles retrouvées dans l'étude START. Mais l'analyse sur la mortalité par suicide a montré une tendance à la hausse des décès chez les 15-24 ans. En France métropolitaine, certaines études constatent une baisse du nombre de TS depuis une quinzaine d'années, en particulier chez les jeunes (5).

### 5. Des stratégies de prévention adaptées

Il existe de nombreuses stratégies de prévention du suicide qui diffèrent selon le contexte socio-culturel. Parmi celles-ci, figurent la prévention des récurrences suicidaires par des dispositifs d'intervention brève et de maintien d'un contact, dont les résultats sont cependant mitigés. Une méta-analyse récente a montré que leur effet sur la prévention de la récurrence n'est pas significatif, même si le nombre de rechutes semble être diminué. Le dispositif START similaire au protocole utilisé dans l'enquête SUPRE-MISS (6,7) apparaît efficace dans la prévention des suicides.

Des résultats positifs sur la prévention des récurrences de TS ont été obtenus en métropole avec le programme SYSCALL grâce à des rappels téléphoniques plus « thérapeutiques » que le soutien social fourni par START, puis avec ALGOS (8) en utilisant une combinaison d'interventions (rappels téléphoniques, plus remise d'une carte de crise et envois de cartes postales). De plus, les résultats préliminaires de cette dernière étude indiquent un recours fréquent des patients suicidaires du groupe contrôle aux soins en rapport avec le corps médical, tels que rhumatologues, kinésithérapeutes, médicaments anti-inflammatoires. Ceci suggère ainsi que des stratégies de prévention des récurrences de passage à l'acte suicidaire basées sur des approches psychocorporelles, bien acceptées culturellement en Pf et en Outre-mer, pourraient diminuer le risque suicidaire.

Ces résultats incitent à utiliser ces avancées dans un programme de prévention. L'outil téléphonique est bien adapté au contexte insulaire du Pacifique (dispersion géographique, faiblesse des moyens spécialisés) et vient compléter le dispositif de ligne de crise téléphonique tenu par des bénévoles (500 appels par an sur la ligne verte de SOS Suicide). Il faut rappeler ici le rôle fondamental joué par les associations dans la prévention du suicide. L'absence de soins spécialisés (psychiatre ou psychologue) dans les îles (hors Tahiti) va dans le sens de la participation des médecins généralistes, voire d'autres types interventions non médicalisées. C'est ce type

de dispositif dont la faisabilité en Pf sera proposé à l'étude dans le projet de recherche avec l'INSERM dans l'Outre-mer français (APSOM), associant l'intervention combinée de rappels téléphoniques, de cartes de crise et de cartes postales, avec une composante spécifique polynésienne (THEMCOPS) basée sur les soins à médiation corporelle.

### 6. Conclusion

Les données épidémiologiques exposées indiquent des faits préoccupants pour la santé publique. Pour la Polynésie française, les suicides sont en augmentation durant ces 20 dernières années et concernent les sujets jeunes. Les moyens létaux radicaux utilisés telle que la pendaison sont d'accès difficilement contrôlable. Les troubles psychiatriques associés relèvent d'une prise en charge médico-psychologique insuffisante.

La Pf, comme les autres pays du Pacifique, ne dispose pas de système d'information sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Des indicateurs utiles dans ce domaine sont à développer pour décrire la santé mentale. La surveillance épidémiologique des conduites suicidaires devrait être poursuivie, non seulement pour analyser les tendances, mais aussi évaluer l'éventuelle efficacité des stratégies de prévention. De nouveaux dispositifs de prévention pourraient être testés, en intégrant notamment des soins préventifs par les généralistes ou les soins à médiation corporelle, ainsi que des appels téléphoniques plus performants, mais aussi les aspects socio-culturels et anthropologiques (9).

### Références bibliographiques

- 1- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. 2014. [www.who.int](http://www.who.int).
- 2- De Leo D., Milner A. The Start Study: Promoting suicide prevention for a diverse range of cultural contexts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2010, 40: 99-106.
- 3- Amadéo S, Rereao M, Malogne A, Favro P, Nguyen NL, Jehel L, Millner A, Kolves K, De Leo D (Sous presse) - Testing brief intervention and phone contact among subjects with suicidal behaviour: A randomized controlled trial in French Polynesia in the frames of the World Health Organization/Suicide Trends in At-Risk Territories study
- 4- De Leo D., Milner A., Fleischmann A. Bertolote J, Collings S, Amadeo S, Chan S, Yip PS, Huang Y, Sanieel B, Lilo F, Lilo C, David AM, Benavente B, Nadera D, Pompili M, Kolves KE, Kolves K, Wang X. The WHO START study suicidal behaviors across different areas of the world. *Crisis*, 2013, 34: 156-63.
- 5- Observatoire National du suicide. 2014. [www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons.11209.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons.11209.html).
- 6- Fleischmann A., Bertolote J.M., Wasserman D. et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86: 703-9.
- 7- Bertolote J.M., Fleischmann A., De Leo D. et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care setting in five culturally different low-and middle- income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*, 2010, 31: 194-201.
- 8- Vaiva G, Walter M, Arab A, et al. Algos: the development of a randomized controlled trial testing a cases management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 2011, 11: 1.
- 9- Amadéo S. (sous la direction de) Suicide à Tahiti : Le paradoxe du suicide au paradis, éléments de compréhension et propositions de prévention. 2014. Ed. L'Harmattan, Paris.

#### Le Centre de Prévention du Suicide de Polynésie Française de l'association SOS Suicide

Dispensaire de Punaaula. BP 130 289 . 98717 - Punaaula. Tahiti.

Site Web : [www.sossuicide.pf](http://www.sossuicide.pf) Email : [sossuicide@mail.pf](mailto:sossuicide@mail.pf) Ligne de crise : 444767

- **La gestion de crise : Ligne de crise.** Notre ligne téléphonique **444767** est gratuite. Elle est assurée **H 24, 7/7** par des **bénévoles formés à l'écoute** pour répondre aux situations les plus urgentes ((Olivier De Longeaux, Annie Meunier-Tuheiaiva, Jean Vaimeho, Germaine David-Vanquin et d'autres par périodes),..
- **La gestion de crise : Prise en soin par une psychologue clinicienne** sur rendez-vous, le lundi de 7h00 à 15h00.
- **La gestion de crise : Accueil par un bénévole expérimenté**, pouvant se déplacer en cas de besoin, sur rendez-vous le mercredi, de 14h30 à 17h30.
- **Le Point Ecoute : Accueil gratuit par un psychologue clinicien et coach certifié** pour toute personne en situation de souffrance ou ayant besoin d'une écoute (non limitée à des personnes en crise suicidaire aigüe), en vue d'un soutien et d'un accompagnement, **sans rendez-vous**. Permanence **le vendredi, de 14h 30 à 16h 30**.
- **La postvention.** Pour accompagner celles et ceux qui ont fait un passage à l'acte et prévenir le risque de récurrence, nous proposons plusieurs types de soins assurés par des professionnels. Ces « soins préventifs » ont lieu **sur rendez vous uniquement (ligne de crise 444 767)**: Soins à médiation corporelle, Groupe de psycho-éducation, Groupe de parole, Groupe de psychothérapie de « pleine conscience » ou « mindfulness », Groupe de psychodrame, Groupe d'Art-Thérapie, Autres psychothérapies...

**Coordination, mise en page : H. Lissant (BVS)**

**Comité de lecture : Y. Mou (DPP), L. Yen Kai Sun (BVS)**

**Pour tous renseignements ou propositions de publication :**

Bureau de veille sanitaire (BVS) : Tél. : 40.48.82.01 / Fax : 40.48.82.12 - [veille@sante.gov.pf](mailto:veille@sante.gov.pf)