

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Freins à l'adoption des gestes de prévention
en période de canicule
// Obstacles to adopting precautionary
measures against heatwaves p. 116

Agnès Verrier et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Facteurs associés aux pensées suicidaires
et aux tentatives de suicide chez les jeunes
Calédoniens
// Factors related to attempted suicide
and suicidal thoughts in New Caledonian youth.....p. 122

Élodie Magnat et coll.
Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie, Nouméa

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernardi
Responsable du contenu en anglais : Chloé Chester
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iplesp ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Julie Boudet-Berquier, Santé publique France ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France ; Anne Guinard / Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Santé publique France ; Valérie Ollé, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

FREINS À L'ADOPTION DES GESTES DE PRÉVENTION EN PÉRIODE DE CANICULE // OBSTACLES TO ADOPTING PRECAUTIONARY MEASURES AGAINST HEATWAVES

Agnès Verrier¹ (agnes.verrier@santepubliquefrance.fr), Joséphine Rey², Laure Salvaing², Maud Gorza¹, Isabelle Bonmarin¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Kantar public, Paris

Soumis le 19.10.2021 // Date of submission: 10.19.2021

Résumé // Abstract

En dépit des actions mises en place, chaque canicule entraîne un excès de mortalité et de morbidité. Une étude quantitative en population générale, réalisée en 2015, avait mis en évidence un défaut de perception du risque pour soi, une connaissance parcellaire des gestes à adopter, des signes d'alerte et une méconnaissance des groupes à risque, malgré le sentiment d'un bon niveau d'information. Cette nouvelle étude vise à explorer les motivations à l'adoption ou non de comportements adaptés en période de canicule.

Une étude qualitative a été mise en place auprès de 74 personnes âgées de 18 à 64 ans, résidant dans un département en vigilance canicule orange ou rouge en 2019. Les entretiens par *focus group* étaient destinés à appréhender les représentations collectives de la canicule ; les entretiens individuels ont abordé les dimensions personnelles (perceptions, difficultés) impactant le vécu de ces épisodes.

Les participants ont déclaré bien connaître les gestes protecteurs, mais moins bien les signes d'alerte et les groupes à risque. L'observance des gestes protecteurs a été conditionnée par la perception du risque pour soi. Des obstacles objectifs comme les conditions de travail ou la méconnaissance de dispositifs existants (cartographie de lieux frais, des points d'eau potable...) ont été identifiés.

L'absence de perception du risque pour soi est en partie associée à la croyance que le risque sanitaire lors d'une canicule est lié à un état (âge, pathologie), et non à une surexposition à la chaleur. Les obstacles à l'adoption de certains gestes protecteurs ont mis en exergue la nécessité de renforcer la communication sur les mesures déjà existantes et d'étudier la faisabilité d'adapter les conditions de travail par voie réglementaire.

Despite prevention efforts, each heatwave that hits France still causes excess mortality and morbidity. A quantitative study carried out in 2015 among the general French population revealed low self-perceived risk from exposure, fragmented knowledge about warning signs and appropriate precautions, and misperceptions concerning vulnerable groups, in contrast with an impression of being well informed. In this context, the present study explores factors that motivate or discourage the adoption of protective measures against heatwaves.

A qualitative study was set up with 74 participants aged 18-64 years living in French departments classed as orange or red (high or extreme) heat warning levels in 2019. Focus groups were organised to capture collective awareness of heatwaves; individual interviews then addressed personal dimensions (perceptions, difficulties) affecting people's experiences of these episodes.

Participants declared themselves familiar with protective measures but less familiar with warning signs and vulnerable groups. Implementation of protective measures is associated with self-perceived risk. Objective obstacles, such as working conditions and lack of knowledge about prevention schemes (e.g. maps showing cool spaces and drinking water), were also identified.

Low self-perceived risk was partially due to people linking health risks in heatwaves to a condition (age, disease) and not overexposure. The factors identified as obstacles to adopting protective measures highlight a need to adapt information on existing preventive measures and to review laws on working conditions.

Mots-clés : Canicule, Perception du risque, Comportement, Connaissance, Plan d'urgence
// **Keywords:** Heat wave, Risk perception, Behaviour, Knowledge, Emergency planning

Introduction

À la suite de la canicule de 2003, la France s'est dotée d'un plan national canicule (PNC) pour anticiper et prévenir les risques sanitaires liés aux fortes chaleurs¹. Des actions ont été mises en œuvre : mobilisation des associations en direction des populations isolées

et vulnérables, rafraîchissement des plus jeunes dans les structures d'accueil, limitation des tâches professionnelles, inscription au registre communal des personnes âgées ou handicapées. Par ailleurs, des campagnes de prévention, développées par Santé publique France, ont promu les comportements favorables à la santé en période de canicule.

En dépit de ces mesures, chaque canicule entraîne un excès de morbidité et de mortalité². Si l'impact sanitaire concerne prioritairement les personnes âgées de 65 ans et plus, toute la population est touchée. Durant l'été 2019, la métropole a subi deux canicules très étendues géographiquement. Pour la première fois depuis la mise en place du PNC, la vigilance rouge a été activée³. Entre le 1^{er} juin et le 15 septembre 2019, 20 000 passages aux urgences et 5 700 consultations par SOS Médecins en lien direct avec la chaleur ont été enregistrées. Les deux canicules ont concentré la moitié des passages aux urgences et 65% des consultations par SOS Médecins sur cette période. Cette élévation a été la plus importante pour les personnes âgées de moins de 44 ans, avec un doublement du nombre de passages quotidiens aux urgences par rapport au reste de la période estivale. La surmortalité a été plus élevée chez les 15-44 ans (12,5%) que chez les 75 ans et plus (9,4%). Une récente évaluation monétaire des impacts sanitaires des canicules, entre 2015 et 2020, a estimé leur coût à 22 milliards d'euros dont 6 milliards liés à la souffrance psychique due aux restrictions d'activité⁴.

En 2015, une étude quantitative en population générale⁵ a fait le point sur les connaissances, la perception du risque et les comportements associés à la canicule des Français. Malgré le sentiment d'un bon niveau d'information, la population présente un défaut de perception du risque pour soi, une connaissance parcellaire des gestes à adopter, des signes d'alerte et une méconnaissance de populations vulnérables aux fortes chaleurs. Dans le cadre de la refonte du dispositif de prévention canicule, Santé publique France a souhaité compléter ces données par une étude qualitative, afin notamment d'explorer les niveaux de connaissance des gestes préventifs et les freins à leur mise en œuvre en période de canicule, auprès de la population générale âgée de 18 à 64 ans.

Méthodes

Cette étude qualitative repose sur des entretiens individuels et *focus group*. Les entretiens par *focus group* étaient destinés à appréhender les représentations collectives de la canicule ; les entretiens individuels à appréhender les dimensions personnelles (perceptions, difficultés) impactant le vécu de ces épisodes. Elle s'est appuyée sur 74 personnes âgées de 18 à 64 ans, recrutées *via* le

panel de Kantar, présentes dans leur résidence principale au moment des deux épisodes caniculaires de 2019 (24 juin-7 juillet ; 21-27 juillet). Les zones ont été sélectionnées en fonction du climat (océanique ; océanique altéré ; semi-continentale), d'une vigilance rouge (Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Hauts-de-France) ou orange (Auvergne-Rhône-Alpes ; Grand Est ; Pays de la Loire). Pour être inclus dans l'étude, un questionnaire d'éligibilité a été soumis au panel comprenant les critères suivants : sexe, âge, lieu de résidence, profession et catégorie socio-professionnelle, vulnérabilité à la chaleur, présence d'au moins un enfant ou d'une personne dépendante dans le foyer, être enceinte. L'échantillon a donc intégré les facteurs de vulnérabilité et géographiques (tableaux 1 et 2). Dans l'étude, une personne était identifiée comme vulnérable si elle présentait une maladie chronique, suivait un traitement médicamenteux augmentant la sensibilité à la chaleur ou était enceinte.

Les guides d'entretien et d'animation, élaborés par Santé publique France et l'institut de données et d'études Kantar, abordaient la manière dont les épisodes de canicule ont été perçus et ressentis (pour soi et son entourage), les comportements mis en place, les motivations à leur adoption ou non, le niveau de connaissance des signes d'alerte et des gestes à adopter en période de canicule et l'appréciation des outils de prévention. Les entretiens ont été conduits par des psychosociologues expérimentés. Les entretiens ont été retranscrits et l'analyse a été menée à partir d'une grille d'analyse des changements de comportements qui explore les facteurs psychologiques, anthropologiques et ceux de l'économie comportementale (figure 1).

Résultats

Connaissances et perceptions de la canicule et des messages de prévention

La majorité des participants a été capable de définir les spécificités d'une canicule : températures élevées sur plusieurs jours avec des températures nocturnes élevées. Les personnes âgées, « malades », les jeunes enfants, et les femmes enceintes ont été spontanément cités comme à risque. En revanche, les travailleurs exposés à la chaleur, les personnes mal logées ou en situation de grande précarité et les sportifs n'ont pas été spontanément cités, parce que l'exposition était liée à des contraintes ou à des comportements.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées lors des *focus group* (N=26)

Lieu de résidence	Effectif	CSP	Sexe	Âge (ans)	Personnes vulnérables au sein du foyer
Île-de-France	7 personnes	CSP -	4 F ; 3 H	18-29	1 enfant ; 1 adulte dépendant
Nantes et ses environs	7 personnes	CSP -	4 F ; 3 H	30-44	1 enfant
Dijon et ses environs	6 personnes	CSP + / moyen	3 F ; 3 H	30-44	2 enfants ; 1 adulte dépendant
Dijon et ses environs	6 personnes	CSP + / moyen	3 F ; 3 H	45-64	4 enfants

CSP : catégorie socioprofessionnelle ; F : femme ; H : homme.

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées lors des entretiens individuels (N=48)

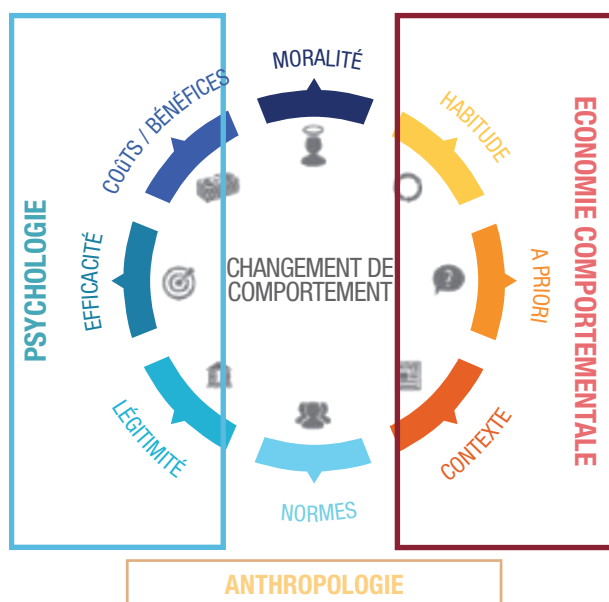
Lieu de résidence	Type d'agglomération	CSP	Sexe	Âge (ans)	Personnes vulnérables au sein du foyer	Facteurs de vulnérabilité
Nantes et ses environs (N=10)	8 urbain ; 2 rural	4 CSP - ; 2 CSP moyen ; 4 CSP +	6 F ; 4 H	24-62	5 enfants	4 personnes
Île-de-France (N=10)	5 urbain ; 5 rural	3 CSP - ; 4 CSP moyen ; 3 CSP +	4 F ; 6 H	24-54	4 enfants ; 1 personne dépendante	1 personne
Dijon et ses environs (N=8)	7 urbain ; 1 rural	2 CSP - ; 4 CSP moyen ; 2 CSP +	4 F ; 4 H	24-62	5 enfants ; 3 personnes dépendantes	3 personnes
Grand Est (N=4)	3 rural ; 1 urbain	2 CSP - ; 2 CSP moyen	2 F ; 2 H	23-46	3 enfants ; 1 personne dépendante	aucun
Hauts-de-France (N=4)	3 rural ; 1 urbain	2 CSP - ; 1 CSP moyen ; 1 CSP +	2 F ; 2 H	22-45	3 enfants ; 1 personne dépendante	aucun
Provence-Alpes-Côte d'Azur (N=8)	4 urbain ; 4 rural	2 CSP - ; 3 CSP moyen ; 3 CSP +	4 F ; 4 H	22-64	5 enfants ; 2 personnes dépendantes	1 personne
Auvergne-Rhône-Alpes (N=4)	3 rural ; 1 urbain	2 CSP - ; 1 CSP moyen 1 CSP +	2 F ; 2 H	21-53	1 personne dépendante à la maison	aucun

CSP : catégorie socioprofessionnelle ; F : femme ; H : homme.

Facteurs de vulnérabilité : maladie chronique, traitement médicamenteux augmentant la sensibilité à la chaleur, être enceinte.

Figure 1

Modèle de changements de comportement



Les signes d'alerte ont été partiellement identifiés : seuls les symptômes sévères (nausées/vomissements, propos incohérents, malaises) ont été identifiés par la majorité des participants.

Pour les personnes qui se jugent bien portantes, la canicule n'a pas été perçue comme représentant un risque pour leur santé. Elles ont toutefois évoqué des inconforts physiques (fatigue, trouble du sommeil, transpiration) et psychologiques (irritabilité, lassitude, apathie, frustration de cesser certaines activités). Elles ont, avant tout, mis en avant leur capacité à résister à la chaleur du fait de leur âge ou de séjours

prolongés sous des climats chauds. En revanche, les personnes qui se sentent vulnérables ou en charge d'une personne vulnérable ont considéré la canicule comme un risque sanitaire réel.

Dans l'ensemble, les personnes rencontrées ont déclaré avoir bénéficié de l'information nécessaire sur les gestes à adopter pour prévenir les effets sanitaires d'une canicule. Si la perception d'une bonne information a été partagée, les personnes interrogées ne se sont pas senties directement concernées par les messages : elles ont déclaré déjà maîtriser le contenu et n'ont pas perçu la canicule comme un « danger ». Certains participants ont considéré les messages comme des conseils pour améliorer le confort quotidien et non comme des gestes pour prévenir les risques sanitaires. Pour la majorité, les médias utilisés, surtout la télévision, et le message unique ont été jugés pertinents, en raison de leur bonne couverture et de leur diffusion, dès la prévision d'une canicule. La répétition d'un même message et sa grande couverture médiatique ont, toutefois, été jugées par certains excessives et alarmistes, et pouvant engendrer une certaine mise à distance de ces messages.

Adoption des gestes de prévention

Les personnes ont déclaré adopter spontanément la majorité des comportements recommandés durant une canicule. S'hydrater et agir pour limiter la température de son logement (fenêtres et volets fermés) sont des mesures déclarées adoptées par tous. Certains ont toutefois évoqué des difficultés à identifier les heures propices et le temps d'ouverture des fenêtres. Bien que jugée peu efficace, l'utilisation du ventilateur a permis une sensation de bien-être.

L'absence de climatisation, dans la majorité des logements, a été motivée par des raisons écologiques ou financières. La projection d'acquiescer une climatisation a, toutefois, été fréquemment signalée comme recours ultime face à l'augmentation du nombre de canicules. Les participants ont séjourné dans les parties les plus fraîches du domicile. La recherche d'endroits frais a été fréquente. Les centres commerciaux et les cinémas ont été les lieux publics les plus fréquemment cités, suivis des parcs, jardins et des lieux de baignade. La majorité des personnes interrogées a limité les sorties en reportant des rendez-vous ou en anticipant les courses. Le principe d'adapter sa tenue vestimentaire a été largement partagé.

En revanche, les consignes de protection (lunettes, chapeau, crème solaire) ont été rejetées car jugées non pertinentes dans un contexte de non-exposition au soleil. De nombreuses stratégies ont été mises en place pour rafraîchir son corps (douche, brumisateurs...). Si leur effet a été jugé éphémère, elles ont apporté une sensation de bien-être instantané avec un effet psychologique positif (détente, soulagement). L'alimentation a été adaptée ; certains ont toutefois été dubitatifs sur le conseil de manger en quantité suffisante. Une recherche de conditions plus favorables pour dormir a été systématiquement mise en œuvre : heure, linge mouillé, pièce... Le sommeil est l'un des points critiques abordés par beaucoup : « il est difficile de se reposer pendant une canicule et la fatigue s'accumule ». La consommation d'alcool a été maintenue, mais adaptée (moindre quantité, alcools « plus légers »). Parmi les sportifs interrogés, seule une minorité a renoncé à leur pratique. Peu ont pratiqué des sports doux et d'autres ont interrompu leur pratique en raison de signes d'alerte. Prendre des nouvelles de ses proches âgés est un geste protecteur qui a été largement observé, avant tout par téléphone ou sur place lorsque c'était possible. En revanche, le conseil de donner des nouvelles a été rarement adopté car jugé inutile (absence de danger immédiat et sentiment de dramatisation excessive de la canicule).

Observance et obstacles à l'adoption des gestes de prévention

L'observance des conseils a varié selon les profils. Les personnes qui se sentent vulnérables ou en charge d'une personne vulnérable ont respecté scrupuleusement les gestes. Il s'agit, avant tout, d'une hydratation préventive, en amont de la sensation de soif, dans les quantités recommandées, et d'une limitation des sorties. Les personnes avec de jeunes enfants ont aussi privilégié les jeux d'eau, une tenue vestimentaire minimaliste et une alimentation adaptée. En revanche, les personnes qui se jugent bien portantes ont eu tendance à moins observer les gestes protecteurs, en l'absence de perception du risque encouru. Elles se sont appuyées sur leur ressenti pour les mettre en œuvre : avoir soif, signe physique « inhabituel ». Il s'agit d'une gestion de l'observance par réaction, même si parfois les signes

décrits n'ont pas été identifiés comme ceux en lien direct avec une exposition aux fortes chaleurs. Pour les sportifs interrogés, la volonté de maintenir la régularité de la pratique sportive a engendré de fortes résistances et a largement inhibé l'arrêt ou la limitation de la pratique sportive.

Des obstacles objectifs

Les personnes actives, obligées de travailler sur site avec des horaires fixes ont connu des conditions de travail qui les ont fortement éprouvées. Elles n'ont pas eu la possibilité de limiter les activités physiques ou d'adapter leur tenue vestimentaire (tenue « correcte » ou de sécurité exigées). Il leur a semblé aussi beaucoup plus difficile de pouvoir se rafraîchir. Cette pénibilité a été amplifiée lorsque les transports en commun empruntés n'étaient pas frais. En revanche, les travailleurs qui ont bénéficié d'aménagements d'horaires, du télétravail ou de locaux frais ont mieux vécu la canicule. Des contraintes objectives de la vie quotidienne ont aussi été évoquées comme la nécessité de sortir pour aller chercher les enfants ou pour faire des achats. La fréquentation d'endroits frais s'est heurtée à leur accessibilité (horaire, contrainte professionnelle, file d'attente, trajet), ou à la difficulté à les repérer.

Attentes en matière de prévention

Concernant les messages, les personnes ont souhaité des précisions pour des conseils dont elles n'ont pas compris les fondements (alimentation suffisante, pas d'alcool ou limitation des efforts physiques) ou les modalités (quantité d'eau quotidienne, heures d'ouverture des fenêtres). Les personnes interrogées ont souhaité disposer de conseils sur les lieux de travail avec le sentiment que cet environnement est un lieu où l'observance est fortement limitée. En ce qui concerne les signes d'alerte, les personnes interrogées ont jugé qu'il y avait une vraie opportunité à communiquer sur ce sujet, en insistant sur le fait que toute la population est concernée.

En termes de diffusion, les actions mises en œuvre par l'État ont été perçues comme légitimes, même si certains ont soulevé une certaine défiance. Les participants ont suggéré que les messages puissent être délivrés par des acteurs proches de la population et légitimes, principalement les professionnels de santé. Ceux-ci ont été perçus comme des acteurs disposant d'une crédibilité scientifique et d'une autorité qui rendent leurs conseils écoutés et suivis. L'employeur a aussi été perçu comme pouvant jouer un rôle majeur dans l'adoption des gestes de prévention.

En termes d'actions, deux types d'initiatives ont émergé des échanges. Il s'agit, d'une part, d'actions permettant de favoriser le comportement adéquat : distribution de goodies (mini-ventilateur, chapeau, gourde), aménagements d'horaires et d'accès aux lieux frais, payants (piscine) ou gratuits (gymnase, salle municipale). Il s'agit, d'autre part, d'actions de proximité, à travers des ateliers pratiques ou des caravanes itinérantes. Afin d'identifier les lieux

frais à proximité, les citoyens ont souhaité disposer d'une cartographie. D'autres actions ont été ponctuellement évoquées comme la distribution de ventilateurs ou l'envoi de SMS pour alerter directement.

Discussion

Cette étude a montré que la population interrogée a une bonne connaissance des principaux gestes à adopter lors d'une canicule, mais connaît moins les signes d'alerte ou l'ensemble des groupes à risque. Les personnes interrogées ne perçoivent pas, le plus souvent, le risque pour elles-mêmes d'une exposition aux fortes chaleurs. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude quantitative menée en 2015⁵.

Le principal obstacle à l'adoption des gestes de prévention est l'absence de perception du risque pour soi. Si ce constat est retrouvé dans d'autres études^{5,6}, l'approche qualitative apporte des éléments de compréhension. En particulier, les personnes qui se jugent bien portantes ne se sentent pas concernées, puisqu'elles associent le risque lié aux fortes chaleurs à un état (âge, pathologie...) et non à une surexposition à la chaleur. Au titre des représentations erronées et des *a priori*, on retient la croyance des personnes interrogées que la canicule fait courir un risque uniquement à quelques populations, et que les institutions publiques alarment la population sur les dangers de la canicule bien au-delà du raisonnable. Jusqu'en 2019, le dispositif de prévention, centré sur une communication d'urgence avec des outils identiques pour l'ensemble de la population, a favorisé cette distanciation. Afin de prendre en compte ce constat et d'accroître la perception du risque pour soi, le nouveau dispositif de marketing social met en scène plusieurs populations (enfants, travailleurs, sportifs, personnes âgées) dans des situations de la vie courante.

Dans notre étude, les barrières objectives à l'adoption de gestes de prévention relèvent essentiellement de contraintes professionnelles. En dépit de nombreux outils développés pour les employeurs, notamment par l'INRS⁷ ou le ministère du Travail⁸, il semble que l'adaptation des conditions de travail soit déficiente. À titre d'exemple, face au même constat, aux États-Unis, la ville de Philadelphie a adapté réglementairement le travail en fermant certains services publics⁹.

Dans la sphère privée, le logement apparaît comme un déterminant sur lequel il est nécessaire d'agir. Si les personnes interrogées ferment volets et fenêtres, utilisent des ventilateurs et se rafraîchissent régulièrement, elles sont majoritaires à signaler un sommeil perturbé. Il est donc essentiel d'envisager d'améliorer le confort thermique du logement, d'autant plus que le recours à la climatisation est largement évoqué comme solution unique pour bénéficier d'une température clémente alors que Jay et coll.¹⁰ montrent que sa généralisation comporte de nombreuses limites (amplification des îlots de chaleur, accroissement des inégalités sociales, émission de gaz à effet de serre, saturation du réseau électrique...). Dans le cadre du nouveau dispositif de marketing social, une revue de

la littérature est en cours pour identifier les actions probantes ou prometteuses dans les logements exposés aux fortes chaleurs. Le nouveau dispositif Orsec de gestion sanitaire des vagues de chaleur¹¹, incluant une remontée des actions mises en œuvre localement, va également permettre d'identifier et d'encourager le déploiement de ces actions.

La fréquentation de lieux frais est recherchée, mais elle se heurte à des difficultés. Pourtant, de nombreuses villes ont déjà cartographié les lieux frais, les points d'eau potable, proposé des itinéraires fraîcheur, aménagé les horaires d'ouverture de piscines ou de parcs¹²⁻¹⁴. L'effort à venir pourrait être d'amplifier la communication de ces possibilités pour en faciliter l'accès. Il pourrait être aussi utile, à l'instar de la ville de Toronto, au Canada, de rendre accessible des salles municipales rafraîchies la nuit¹⁵.

Bien que les principaux gestes à adopter, en période de canicule, soient connus, le manque de connaissance des signes d'alerte et des populations à risque apparaissent aussi comme des freins à l'adoption des mesures de prévention. Pour combler ces lacunes, le nouveau dispositif de marketing social intègre des actions préventives tout au long de l'été, incluant ces informations¹⁶. Afin de sensibiliser les professionnels de santé, des synthèses portant sur les risques et les actions à mettre en place auprès des enfants¹⁷ ou des adultes vulnérables à la chaleur¹⁸ ont été élaborées. L'approche affinitaire permettra aussi de mieux cibler les messages. Par exemple, réserver les conseils de « manger en quantité suffisante » ou « donner des nouvelles » aux personnes âgées. Pour la première fois, au cours de l'été 2021, des SMS ont été adressés à des particuliers dans le cadre d'une expérimentation.

Limites et perspectives

L'étude apporte des pistes pour améliorer la prévention, cependant elle n'inclut pas les populations les plus précaires, très vulnérables à la canicule pour lesquelles des actions de proximité, le plus souvent conduites par des associations doivent être renforcées. La mise en place d'une étude auprès des personnes ayant eu recours aux urgences pour une pathologie en lien avec la canicule permettrait de conforter les données sur les circonstances d'exposition à la chaleur et de consolider la connaissance des freins à l'adoption des gestes adaptés en regard des freins identifiés dans la présente étude. ■

Remerciements

À Anne-Claire Colleville, pour sa participation à la rédaction du protocole et à François Beck pour la relecture de l'article.

Liens d'intérêt

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

Références

[1] Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan national canicule. Mise à jour le 20 décembre 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-climatiques/article/le-plan-national-canicule>

[2] Santé publique France. Fortes chaleurs, canicule : données, 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/donnees/#tabs>

[3] Santé publique France. Bulletin de santé publique canicule. Bilan été 2019 – 9 octobre 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-canicule.-bilan-ete-2019>

[4] Adélaïde L, Chanel O, Pascal M. Évaluation monétaire des effets sanitaires des canicules en France métropolitaine entre 2015 et 2020. *Bull Epidemiol Hebd.* 2021(12):215-23. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/12/2021_12_2.html

[5] Laaidi K, Perrey C, Léon C, Mazzoni M, Beaudeau P. Connaissances et comportements des Français face à la canicule. *La Santé en action.* 2019;(448):47-8. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/documents/article/connaissances-et-comportements-des-francais-face-a-la-canicule>

[6] Erens B, Williams L, Exley J, Ettelt S, Manacorda T, Hajat S, *et al.* Public attitudes to, and behaviours taken during, hot weather by vulnerable groups: Results from a national survey in England. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1631.

[7] INRS. Travail à la chaleur. Dossier Santé et sécurité au travail. Paris: INRS; 2019. <https://www.inrs.fr/risques/chaleur/ce-qu-il-faut-retenir.html>

[8] Ministère du Travail. Chaleur et canicule au travail : les précautions à prendre. Mise à jour le 20 décembre 2021 <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/chaleur-et-canicule-au-travail-les-precautions-a-prendre#:~:text=%20Chaleur%20et%20canicule%20au%20travail%20%3A%20les,au%20changement%20climatique%20que%20nous%20observons...%20More%20>

[9] City of Philadelphia. Safety and emergency preparedness. Hot weather. <https://www.phila.gov/services/safety-emergency-preparedness/natural-hazards/excessive-heat>

[10] Jay O, Capon A, Berry P, Broderick C, de Dear R, Havenith G, *et al.* Reducing the health effects of hot weather and heat extremes: From personal cooling strategies to green cities. *Lancet.* 2021;398(10301):709-24.

[11] Ministère des Solidarités et de la Santé. Le guide ORSEC gestion sanitaire des vagues de chaleur 10 juin 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-climatiques/article/le-guide-orsec-gestion-sanitaire-des-vagues-de-chaleur>

[12] Ville de Paris. Canicule : toutes les infos. Les espaces verts et autres îlots de fraîcheur. <https://www.paris.fr/pages/la-canicule-5469/#les-espaces-verts-et-autres-ilots-de-fraicheur>

[13] Ville de Lyon. Vigilance canicule : les bons gestes – 19 juillet 2021. <https://www.lyon.fr/actualite/sante/canicule-les-bons-gestes>

[14] Ville de Grenoble. Fortes chaleurs et canicule. <https://www.grenoble.fr/1457-fortes-chaleurs-et-canicule.htm>

[15] City of Toronto. Cool spaces near you. <https://www.toronto.ca/community-people/health-wellness-care/health-programs-advice/hot-weather/cool-spaces-near-you/#location=&lat=&lng=>

[16] Santé publique France. Canicule, protégez-vous. Affiche tout public. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/documents/affiche-canicule-protégez-vous-affiche-tout-public-40x60cm-francais>

[17] Santé publique France. Prévenir les risques liés aux fortes chaleurs chez l'enfant. Repères pour votre pratique. 7 juillet 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/documents/depliant-flyer/prevenir-les-risques-lies-aux-fortes-chaleurs-chez-l-enfant>

[18] Santé publique France. Canicule. Adultes vulnérables. Repères pour votre pratique. 19 juin 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/documents/depliant-flyer/canicule-adultes-vulnerables-reperes-pour-votre-pratique>

Citer cet article

Verrier A, Rey J, Salvaing L, Gorza M, Bonmarin I. Freins à l'adoption des gestes de prévention en période de canicule. *Bull Epidemiol Hebd.* 2022;(6):116-21. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/6/2022_6_1.html

FACTEURS ASSOCIÉS AUX PENSÉES SUICIDAIRES ET AUX TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES JEUNES CALÉDONIENS

// FACTORS RELATED TO ATTEMPTED SUICIDE AND SUICIDAL THOUGHTS IN NEW CALEDONIAN YOUTH

Élodie Magnat¹ (elodie.magnat@ass.nc), Pascale Domingue Mena¹, Benjamin Goodfellow², Solène Bertrand-Protat³, Thibaut Demaneuf¹

¹ Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie, Nouméa

² Centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet, Nouméa

³ Communauté du Pacifique, Nouméa

Soumis le 09.07.2021 // Date of submission: 07.09.2021

Résumé // Abstract

Introduction – En Nouvelle-Calédonie, seules les enquêtes menées auprès des jeunes scolarisés fournissent des données sur l'épidémiologie des conduites suicidaires. Elles permettent d'estimer une prévalence des tentatives de suicide (TS) et des pensées suicidaires déclarées et d'en étudier les facteurs associés dans la population des adolescents.

Méthode – Les résultats de cette étude sont issus des données du Baromètre Santé Jeune 2019, enquête transversale à visée descriptive réalisée auprès d'un échantillon aléatoire des jeunes scolarisés dans le second degré.

Résultats – Parmi les jeunes de 10-18 ans, 15,7% ont déclaré avoir sérieusement envisagé de se suicider au cours des 12 derniers mois et 9,8% ont déclaré avoir tenté de se suicider. Le genre est une variable importante : les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à rapporter ces comportements. Les facteurs de risque les plus importants associés à la survenue des pensées suicidaires et des TS sont : le fait d'avoir subi des violences, le fait que leurs parents comprennent rarement ou jamais leurs problèmes et savent rarement ou jamais ce qu'ils font de leur temps libre, et le fait de consommer des produits psychoactifs. Les résultats mettent également en lumière un risque accru de TS chez les jeunes océaniens et chez les jeunes vivant en tribu, par rapport aux jeunes Européens et ceux vivant en ville.

Discussion – Nos données confirment l'intérêt, dans une logique de promotion de la santé mentale, d'intervenir sur la prévention des violences (physiques, sexuelles et psychologiques), des comportements addictifs et sur l'amélioration du climat familial.

Introduction – In New Caledonia, only surveys of young people who attend school provide any data on the epidemiology of youth suicide. These data make it possible to estimate the prevalence of reported suicide attempts and suicidal thoughts in the population, to approximate suicidal risk and to study associated factors.

Method – This study is based on data from the 2019 Baromètre Santé Jeune (Youth Health Survey), a cross-sectional descriptive survey conducted on random sample of young people enrolled in secondary education.

Results – Among young people aged 10–18 years, 15.7% said they had seriously considered committing suicide in the previous 12 months and 9.8% reported a suicide attempt. Gender was an important variable: girls were twice as likely as boys to report such behaviours. The most important risk factors associated with the occurrence of suicidal thoughts and suicide attempts were having experienced violence, the fact that their parents rarely or never understood their problems and rarely or never knew how they spent their free time, and psychoactive substance use. The results also revealed an increased risk of attempted suicide among Pacific Island youth and young people living on tribal land as compared to young Europeans and city dwellers.

Discussion – Our data confirmed the value, in a view to promoting mental health, of taking action to prevent physical, sexual and psychological abuse, to deal with addictive behaviours, and to improve the family environment.

Mots-clés : Suicide, Adolescents, Enquête, Prévention, Nouvelle-Calédonie

// **Keywords** : Suicide, Teenagers, Survey, Prevention, New-Caledonia

Introduction

On estime à 703 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2019, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 9,0 pour 100 000 habitants (12,6 chez les hommes et 5,4 chez les femmes). Le suicide est évitable.

Pourtant, toutes les 40 secondes, une personne se suicide dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours. Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée. Il touche toutefois particulièrement les jeunes de 15 à 29 ans, chez qui il constitue la quatrième cause de mortalité à l'échelle mondiale¹.

Malgré les données factuelles indiquant que de nombreux décès sont évitables, la prévention du suicide est encore assez peu visible dans les priorités des gouvernements et des décideurs politiques.

En France, les statistiques sur les causes de décès par suicide souffrent d'une sous-déclaration lors de l'enregistrement de la cause du décès et l'on dispose rarement d'informations pertinentes sur les raisons du suicide². Les données sur les statistiques de décès par suicide dont nous disposons ne sont donc que la partie émergée de l'iceberg. En Nouvelle-Calédonie, les enquêtes menées auprès des jeunes scolarisés fournissent des données uniques sur l'épidémiologie des conduites suicidaires et constituent un complément indispensable à la surveillance des décès par suicide. Elles permettent notamment d'estimer une prévalence de déclaration des pensées suicidaires et des tentatives de suicide (TS) dans la population, et d'en étudier les facteurs associés. La littérature confirme le lien fort existant, notamment en termes de pronostic, entre pensées suicidaires, comportement suicidaire non fatal (CSNF) et suicide, justifiant de ce fait de l'attention portée à de tels indicateurs^{3,4}.

La Nouvelle-Calédonie est une collectivité française composée d'un ensemble d'îles et d'archipels d'Océanie situé en mer de Corail et dans l'océan Pacifique Sud comprenant 271 000 habitants (figure 1). Elle est organisée administrativement en trois provinces (Nord, Sud et îles Loyauté) et composée d'une mosaïque ethnique comprenant la communauté kanak (41% de la population), la communauté européenne (24%), les communautés wallisienne et futunienne (8%) mais aussi d'autres

communautés (Tahitiens, Indonésiens, Ni-Vanuatu, Vietnamiens, etc.) qui rassemblent moins de 8% de la population (figure 2). En 2019, lors du dernier recensement, plus de 20 000 habitants n'ont pas renseigné de communauté d'appartenance ou ont indiqué « Calédonien » et 30 800 personnes se sont déclarées métissées. Les trois quarts de la population vivent en province Sud dans l'agglomération du Grand Nouméa qui comprend quatre communes. Le reste du territoire (29 communes) est essentiellement habité par la communauté kanake qui vit le plus souvent dans des tribus autour du village représentant l'entité administrative de la commune.

Cette étude a pour objectif d'estimer la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide chez les jeunes Calédoniens, de les comparer aux îles voisines du Pacifique et de mettre en évidence les facteurs associés à ces comportements.

Matériels et méthode

Source des données

Les résultats présentés dans cette étude sont issus des données du Baromètre Santé Jeune 2019, enquête transversale à visée descriptive réalisée par l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASSNC) auprès d'un échantillon aléatoire de la population des jeunes scolarisés dans le second degré. La population cible était constituée de tous les élèves qui sont inscrits pour l'année 2019 dans le second degré (de la 6^e à la Terminale, filières générale ou professionnelle). L'échantillonnage a été réalisé

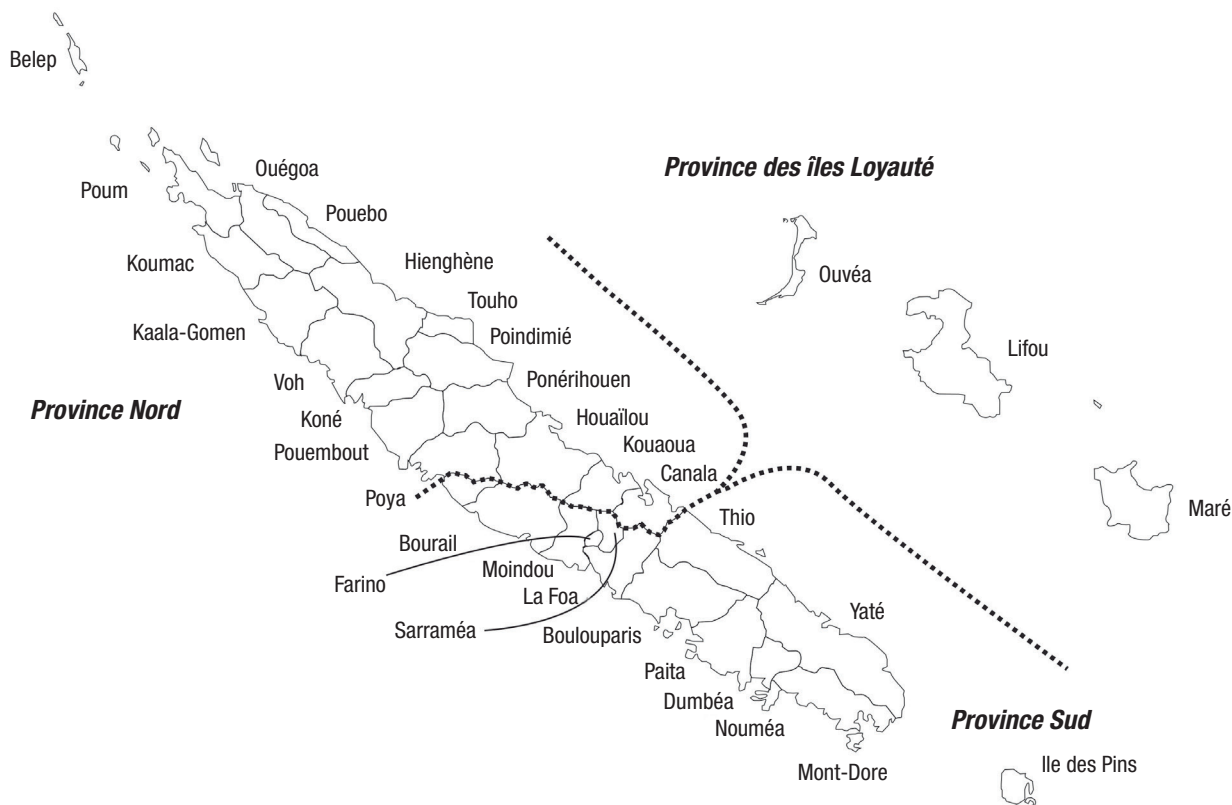
Figure 1

Situation de la Nouvelle-Calédonie dans le Pacifique sud



Figure 2

Nouvelle-Calédonie



Fond de carte : Pierre-Christophe Pantz, 2020

selon un plan de sondage par grappes stratifié à deux degrés. Au premier degré, 37 établissements (sur 86) ont été sélectionnés aléatoirement proportionnellement au nombre d'élèves dans chaque strate. Au second degré, une ou plusieurs classes ont été sélectionnées aléatoirement dans les écoles échantillonnées au premier degré proportionnellement au nombre d'élèves dans chaque strate. Les 214 classes sélectionnées constituaient des grappes d'élèves, tous inclus à leur tour dans l'échantillon.

Les directeurs d'établissements ont été contactés individuellement afin de préparer au mieux l'information des familles et des élèves, ainsi que les passations des questionnaires. Les élèves des classes sélectionnées ont reçu un petit dépliant explicatif ainsi qu'une lettre d'information pour leurs parents. Dans cette lettre d'information figurait un consentement « passif » : les parents devaient remplir le formulaire uniquement s'ils refusaient que leurs enfants participent. Les élèves pouvaient également refuser de participer le jour de la passation.

Le fichier de données utilisé dans le cadre de cette enquête a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (n° 2212211v0 du 11 mars 2019). Le protocole de l'étude, ainsi que le questionnaire, ont été soumis et présentés à l'avis du Comité consultatif d'éthique de la Nouvelle-Calédonie, lequel a émis un avis favorable à ce projet. Les données ont été recueillies via un auto-questionnaire anonyme administré hors-ligne sur une tablette tactile. Le logiciel utilisé était Sphinx Online®.

Les élèves ont eu la possibilité, pour chaque question, d'avoir une lecture audio des questions et des réponses via des écouteurs en cliquant sur le symbole « lecture ». Les questionnaires étaient entièrement anonymes, aucun nom, prénom ou identifiant n'y était apposé. En plus des caractéristiques sociodémographiques des jeunes interrogés, le questionnaire traitait de dix thèmes de santé et comportait 135 questions.

Les comportements pouvant être différents en fonction de l'origine culturelle des jeunes, une question portant sur le sentiment d'appartenance ethnique était posée. Plusieurs réponses pouvaient être renseignées. Finalement, nous avons regroupé sous le terme « océaniens » les personnes appartenant aux communautés kanak, ni-vanuatu, polynésiennes, wallisiennes et futuniennes. Les personnes ayant coché plusieurs communauté d'appartenance ont été rassemblées sous le terme de « métisse » sauf si ces communautés d'appartenance faisaient toutes parties des communautés océaniques.

Le taux de participation des établissements et des classes est de 100%. Le nombre total de répondants à l'enquête est de 3 561 élèves soit un taux de participation global de 83%. Seuls les élèves qui avaient entre 10 et 18 ans ont été retenus pour l'analyse (n=3 435).

Variables

Les variables d'intérêt sont le fait d'avoir sérieusement envisagé de se suicider au cours des 12 derniers mois et le fait d'avoir tenté de se suicider

au cours des 12 derniers mois. Les variables socio-démographiques analysées sont le sexe, la province où se situe l'établissement, l'âge en trois tranches (10-12 ans, 13-15 ans et 16-18 ans), le lieu d'habitat, l'ethnie, et la perception de l'aisance financière de la famille. Les autres variables étudiées sont les interactions des adolescents avec leurs parents évaluées à l'aide de deux questions « Au cours des 30 derniers jours, tes parents ont-ils vraiment su ce que tu faisais de ton temps libre ? » et « Au cours des 30 derniers jours, tes parents ont-ils compris tes problèmes et préoccupations ? », ainsi que le sentiment de sécurité à l'école, le fait d'avoir subi des violences physiques au cours des 30 derniers jours, le fait d'avoir subi des violences psychologiques au cours des 30 derniers jours, le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie et le fait d'avoir consommé du tabac, de l'alcool et du cannabis au cours des 30 derniers jours.

Analyses statistiques

Pour le traitement des données, un redressement du poids statistique des individus de l'échantillon a été effectué. Les effectifs présentés sont bruts, tandis que les pourcentages présentés sont pondérés et redressés.

Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance du Chi² de Pearson pour données pondérées, en appliquant la correction de Rao-Scott de second ordre. Les intervalles de confiance ont été calculés au seuil de 95%. Des régressions logistiques ont été utilisées, afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population et pour quantifier la force du lien entre les variables d'intérêt et les

variables sociodémographiques. L'existence de ce lien a été évaluée en univarié à l'aide des odds-ratio bruts (OR), et en multivarié à l'aide des odds-ratio ajustés (ORa), et mesurée par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel R Studio® version 1.0.143.

Résultats

Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

En 2019, parmi les jeunes âgés de 10 à 18 ans, la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, est estimée à 15,7% (IC95%: [14,3-17,1]) et est deux fois plus élevée chez les filles (21,8%) que chez les garçons (9,4% ; p<0,001). Cette prévalence varie différemment en fonction de l'âge selon le sexe. Elle est maximale chez les garçons entre 10 et 12 ans (13,2%) puis diminue avec l'âge (7,4% chez les 16-18 ans, p<0,05) alors que chez les filles, elle passe de 17,1% chez les 10-12 ans pour atteindre son maximum entre 13 et 15 ans (24,4%) et se stabiliser ensuite à 16-18 ans (22,3%, p<0,05) (figure 3).

Après ajustement sur l'ensemble des variables socio-démographiques, le fait d'avoir sérieusement envisagé de se suicider apparaît lié à la province de l'établissement et à la perception de l'aisance financière de sa famille (tableau 1). Les jeunes de la province des îles Loyauté sont moins à risque (ORa=0,7) par rapport à ceux de la province Sud. De plus, par rapport aux jeunes ayant déclaré percevoir leur famille comme très ou plutôt à l'aise financièrement, les jeunes percevant leur famille comme très peu ou pas du tout à l'aise financièrement ont déclaré deux fois plus souvent des pensées suicidaires (ORa=2,1).

Figure 3

Pourcentage de jeunes ayant déclaré avoir sérieusement envisagé de se suicider au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge, en Nouvelle-Calédonie, en 2019

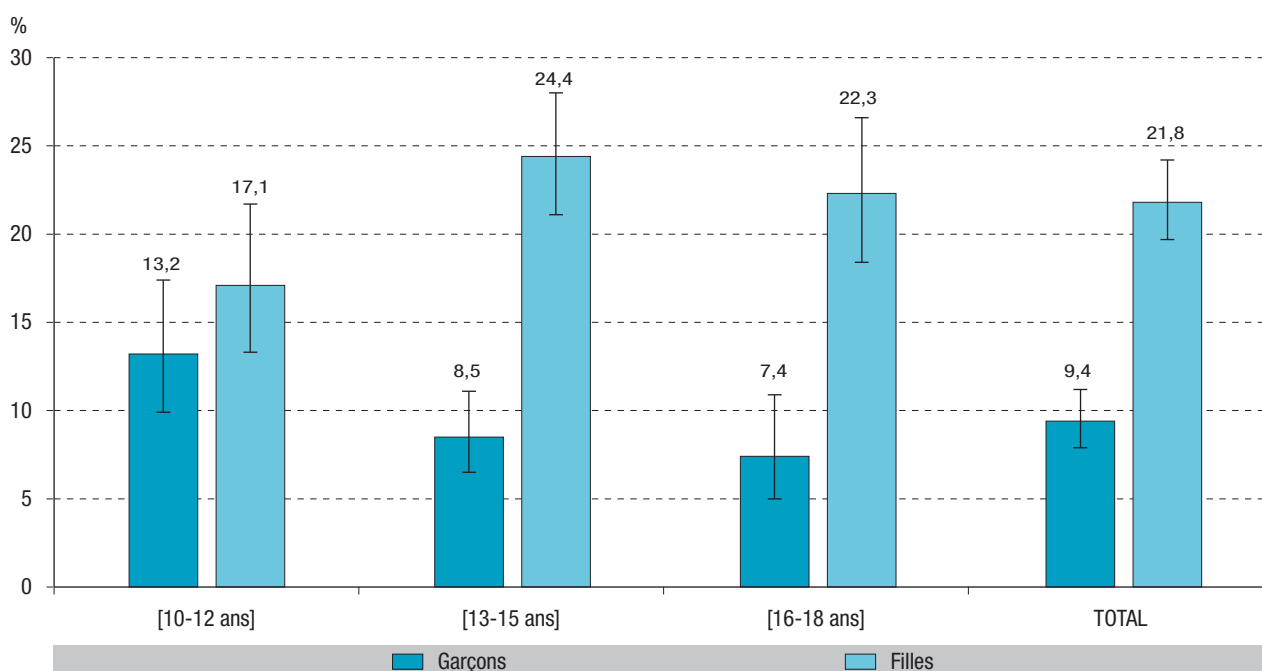


Tableau 1

Facteurs sociodémographiques associés au fait d'avoir sérieusement envisagé de se suicider et d'avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, en Nouvelle-Calédonie, en 2019

	Avoir sérieusement envisagé de se suicider au cours des 12 derniers mois			Avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois		
	% pondérés	ORa	IC 95%	% pondérés	ORa	IC 95%
Sexe	***			***		
Garçons (réf)	9,4%	–		5,6%	–	
Filles	21,8%	2,6***	[2,1-3,3]	13,9%	2,7***	[2,1-3,7]
Province de l'établissement	*			*		
Sud (réf)	15,2%	–		9,4%	–	
Nord	18,6%	1,1	[0,8-1,4]	12,4%	0,9	[0,7-1,3]
Iles loyauté	14,2%	0,7*	[0,5-1,0]	8,1%	0,5***	[0,3-0,7]
Tranche d'âge						
[10-12] (réf)	15,2%	–		9,3%	–	
[13-15]	16,4%	1,0	[0,8-1,4]	10,6%	1,1	[0,8-1,5]
[16-18]	15,1%	0,9	[0,6-1,2]	9,0%	0,8	[0,6-1,2]
Lieu d'habitat	*			***		
Ville/Village (réf)	13,9%	–		7,3%	–	
Tribu	17,7%	1,3	[0,9-1,8]	14,0%	1,8**	[1,2-2,7]
Internat	19,7%	1,3	[0,9-1,9]	10,8%	1,2	[0,7-1,9]
Autres	17,6%	1,2	[0,8-1,7]	13,2%	1,5	[1,0-2,3]
Communauté d'appartenance	*			***		
Océaniens (réf)	16,5%	–		11,9%	–	
Métis	17,7%	1,1	[0,8-1,4]	10,7%	1,0	[0,7-1,4]
Européen	10,9%	0,8	[0,5-1,1]	3,3%	0,4**	[0,2-0,7]
Autres	12,9%	0,8	[0,4-1,4]	4,2%	0,4	[0,1-1,0]
Perception de l'aisance financière de sa famille	***			**		
Très/Plutôt (réf)	13,0%	–		7,8%	–	
Moyennement	17,1%	1,4*	[1,0-1,8]	9,8%	1,2	[0,8-1,7]
Très peu/Pas du tout	24,9%	2,1***	[1,5-3,1]	13,5%	1,6	[1,0-2,6]
Ne sait pas	15,9%	1,2	[0,9-1,6]	12,2%	1,3	[0,9-1,9]

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. Résultats obtenus par le test du Chi2 de Pearson pour données pondérées, en appliquant la correction de Rao-Scott de second ordre pour la colonne %, et par le test de Wald pour la colonne ORa (odds-ratios issus des régressions logistiques avec ajustement sur l'ensemble des variables présentes dans le tableau).

En gras : odds ratios significatifs.

Les autres facteurs associés aux pensées suicidaires sont par ordre d'importance : le fait d'avoir subi des violences physiques (ORa=3,8), le fait d'avoir subi des violences psychologiques (ORa=3,3), le fait que ses parents comprennent rarement ou jamais leurs problèmes ou préoccupations (ORa=2,8), le fait d'avoir subi des violences sexuelles (ORa=2,8), le fait d'avoir subi des violences physiques de la part de son partenaire (ORa=2,6), le fait de se sentir rarement ou jamais en sécurité à l'école (ORa=2,5), le fait que ses parents ne savent rarement ou jamais ce qu'ils font de leur temps libre (ORa=2,5) et le fait de consommer des produits psychoactifs (tabac ORa=2,3 ; cannabis ORa=2,2 et alcool ORa=2,0) (tableau 2).

Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois

En 2019, 9,8% [8,7-11,0] des jeunes âgés de 10 à 18 ans ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. Comme pour les pensées

suicidaires, les filles sont plus de deux fois plus nombreuses (13,9%) que les garçons (5,6%, $p < 0,001$) à avoir tenté de se suicider. En revanche, nous n'observons pas de différences significatives selon les tranches d'âge pour chacun des deux sexes (figure 4).

De manière identique aux résultats sur les pensées suicidaires, les jeunes de la province des îles Loyauté sont moins à risque (ORa=0,5) de TS par rapport à ceux de la province Sud. En revanche, le facteur « perception des finances de la famille » ne semble pas lié au passage à l'acte. Le fait de vivre en tribu est significativement associé au TS (ORa=1,8 [1,2 ; 2,7]). Enfin, les jeunes Européens sont moins nombreux à avoir déclaré une TS par rapport aux océaniens (ORa=0,4).

Les autres facteurs associés aux TS sont comparables à ceux associés aux pensées suicidaires et sont par ordre d'importance : le fait d'avoir subi des violences physiques (ORa=3,7), le fait d'avoir subi

Tableau 2

Autres facteurs associés au fait d'avoir sérieusement envisagé de se suicider et d'avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, en Nouvelle-Calédonie

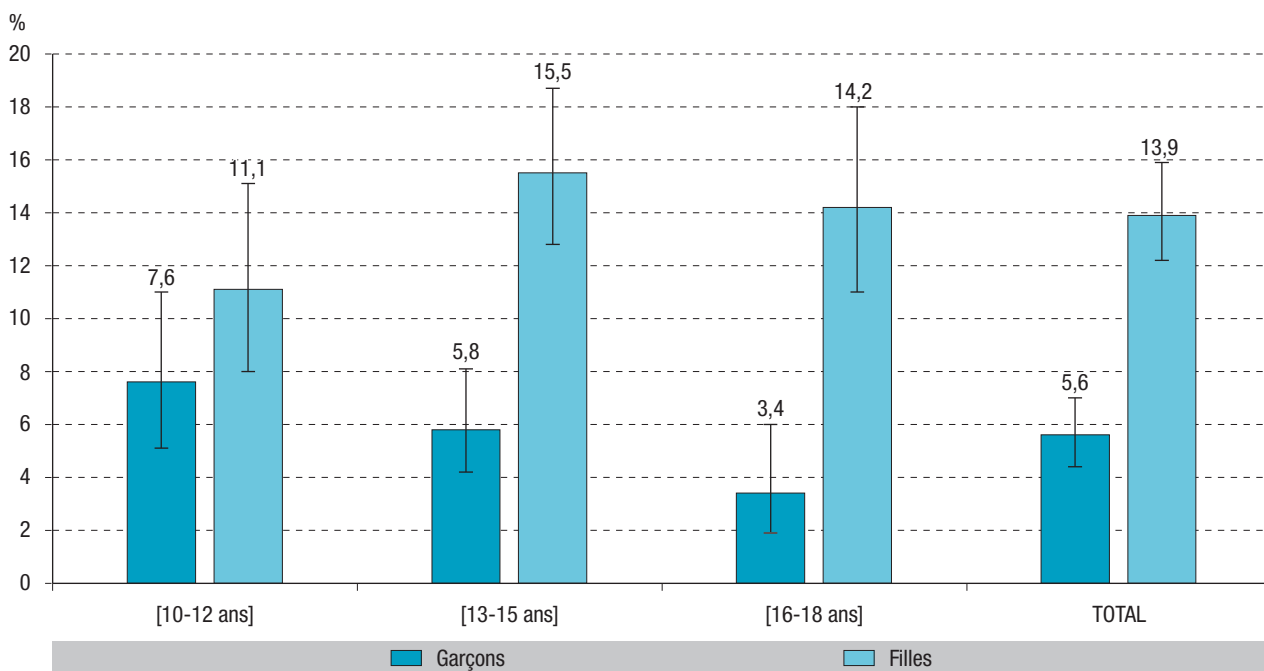
	Avoir sérieusement envisagé de se suicider au cours des 12 derniers mois			Avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois		
	% pondérés	ORa	IC 95%	% pondérés	ORa	IC 95%
Au cours des 30 derniers jours, tes parents ont-ils vraiment su ce que tu faisais de ton temps libre ?	***			***		
Toujours/La plupart du temps (réf)	12,0%	–		6,7%	–	
Parfois	15,3%	1,3	[1,0-1,7]	9,7%	1,3	[0,9-1,9]
Rarement/Jamais	27,0%	2,5***	[1,9-3,3]	19,0%	2,7***	[2,0-3,8]
Au cours des 30 derniers jours, tes parents ont-ils compris tes problèmes et préoccupations ?	***			***		
Toujours/La plupart du temps (réf)	9,9%	–		6,3%	–	
Parfois	13,8%	1,4*	[1,0-1,9]	7,9%	1,2	[0,8-1,7]
Rarement/Jamais	26,5%	2,8***	[2,1-3,6]	16,9%	2,5***	[1,8-3,4]
Sentiment de sécurité à l'école	***			***		
Toujours/La plupart du temps (réf)	12,2%	–		7,0%	–	
Parfois	17,1%	1,3*	[1,0-1,7]	11,5%	1,3	[1,0-1,9]
Rarement/Jamais	26,7%	2,5***	[1,9-3,4]	17,6%	2,5***	[1,8-3,5]
Avoir subi des violences physiques au cours des 30 derniers jours	***			***		
Non (réf)	12,5%	–		7,4%	–	
Oui	34,1%	3,8***	[2,9-5,0]	23,8%	3,7***	[2,7-5,1]
Avoir subi des violences physiques au cours des 30 derniers jours de la part de son partenaire	***			***		
Non (réf)	15,4%	–		9,6%	–	
Oui	33,5%	2,6**	[1,3-5,1]	24,5%	2,6*	[1,2-5,5]
Avoir subi des violences psychologiques au cours des 30 derniers jours	***			***		
Non (réf)	10,0%	–		6,4%	–	
Oui	27,8%	3,3***	[2,7-4,2]	16,9%	2,9***	[2,2-3,8]
Avoir subi des violences sexuelles	***			***		
Non (réf)	14,9%	–		9,1%	–	
Oui	35,7%	2,8***	[1,8-4,3]	24,0%	2,8***	[1,7-4,6]
Consommation de tabac au cours des 30 derniers jours	***			***		
Non (réf)	12,3%	–		7,1%	–	
Oui	23,9%	2,3***	[1,8-3,0]	16,4%	2,5***	[1,8-3,4]
Consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours	***			***		
Non (réf)	13,7%	–		8,5%	–	
Oui	21,0%	2,0***	[1,5-2,6]	13,2%	2,0***	[1,4-2,9]
Consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours	***			***		
Non (réf)	13,8%	–		8,1%	–	
Oui	25,5%	2,2***	[1,6-2,9]	18,2%	2,4***	[1,7-3,3]

* : p<0.05 ; ** : p<0.01 ; *** : p<0.001. Résultats obtenus par le test du Chi2 de Pearson pour données pondérées, en appliquant la correction de Rao-Scott de second ordre pour la colonne % et par le test de Wald pour la colonne ORa (odds-ratios issus des régressions logistiques pour chacune des variables présentées avec ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques présentes dans le tableau 1).

En gras : odds ratios significatifs.

Figure 4

Pourcentage de jeunes ayant déclaré avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, en Nouvelle-Calédonie, en 2019



des violences psychologiques (ORa=2,9), le fait d'avoir subi des violences sexuelles (ORa=2,8), le fait que ses parents ne savent rarement ou jamais ce qu'ils font de leur temps libre (ORa=2,7), le fait d'avoir subi des violences physiques de la part de son partenaire (ORa=2,6), le fait que ses parents comprennent rarement ou jamais leurs problèmes ou préoccupations (ORa=2,5), le fait de se sentir rarement ou jamais en sécurité à l'école (ORa=2,5) et le fait de consommer des produits psychoactifs (tabac ORa=2,5 ; cannabis ORa=2,4 et alcool ORa=2,0).

Discussion

Entre 2014 et 2019, la proportion de jeunes de 10-18 ans déclarant avoir sérieusement envisagé de se suicider n'a pas évolué (14,7% en 2014)⁵. En revanche, on observe une augmentation de la proportion de jeunes déclarant avoir tenté de se suicider. Ils étaient 6,8%, en 2014 contre 9,8% en 2019. À partir des enquêtes de ce type, il est difficile d'expliquer les causes d'évolutions de certains paramètres. En effet, ces causes sont souvent multiples et liées à des évolutions socioéconomiques, culturels et individuels. Pour comprendre l'augmentation des passages à l'acte, la mise en place d'un observatoire des comportements suicidaires serait nécessaire en accord avec les recommandations de l'enquête OMS-START⁶.

Le pourcentage de jeunes de 13 à 18 ans qui déclarent avoir sérieusement envisagé de se suicider (15,8%) est très proche de ce qui a été mesuré chez les 13-17 ans en Polynésie française (14,4%)⁷, au Vanuatu (14,8%)⁸ et en Nouvelle-Zélande (15,7%)⁹. À Wallis-et-Futuna, ce chiffre est beaucoup plus important, il atteint 24,7%¹⁰. Il est un peu moins

élevé à Fidji : 12%¹¹. Le pourcentage de jeunes déclarant avoir tenté de se suicider est le plus élevé au Vanuatu (22,4%) puis à Wallis-et-Futuna (14,6%), aux îles Fidji (11,1%). La Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie ont la même proportion de jeunes déclarant avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois (9,9%). Enfin en Nouvelle-Zélande, les 13-17 ans sont 4,5% à déclarer avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

Selon les résultats de l'étude, les filles sont plus nombreuses que les garçons à avoir pensé au suicide et effectué une TS au cours de l'année. Ces résultats sont en concordance avec les résultats de l'enquête OMS-START Nouvelle-Calédonie (2014-2015), indiquant que 70% des personnes ayant des comportements suicidaires sont des femmes⁶. La Nouvelle-Calédonie n'échappe pas au phénomène appelé « gender paradox of suicidal behavior ».

Les facteurs associés aux pensées suicidaires mis en évidence dans notre analyse concordent avec ceux relevés dans la littérature internationale et locale. En effet, des études française et anglaise rapportent notamment le poids des violences sur les TS¹²⁻¹⁴. L'enquête OMS-START de Nouvelle-Calédonie⁶ montre que les problèmes relationnels avec le partenaire amoureux est le facteur de risque principal de passage à l'acte et que les agressions sexuelles passées et présentes représentent 15% des causes invoqués de TS. À ce titre, nos résultats soulignent l'importance du lien existant entre violences subies, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles, et pensées suicidaires ou TS. Ces données n'ont pas évolué depuis 2008 et l'enquête de l'Inserm¹⁵ qui retrouvait que la vulnérabilité des filles était liée entre autres aux violences (familiales et partenaires) et aux agressions sexuelles précoces.

Le tabagisme et l'usage récent de cannabis se révèlent également associés, dans notre étude, aux pensées suicidaires et aux TS, ce qui rejoint des résultats de la littérature montrant que le tabac est souvent utilisé pour gérer l'anxiété ou une humeur dépressive¹⁶ qui sont des facteurs associés aux conduites suicidaires. Une récente étude réalisée sur plus de 280 000 jeunes adultes de 18 à 34 ans retrouve également un lien important entre usage de cannabis et risque suicidaire comme dans l'enquête OMS-START en Nouvelle-Calédonie¹⁷. Enfin une autre étude s'est intéressée aux facteurs de la petite enfance qui pourraient être utilisés pour prédire une TS à l'adolescence ou au début de l'âge adulte¹⁸. Les résultats confirment le lien étroit entre le risque suicidaire des jeunes et la parentalité, puisque les facteurs les plus informatifs du modèle comprennent les caractéristiques liées à la naissance, les caractéristiques de la famille et des parents, la santé mentale des parents et les pratiques parentales. Au niveau territorial, presque 33% des personnes ayant fait une TS ont déclaré avoir des problèmes relationnels avec leurs parents⁶.

Nos analyses mettent également en lumière, un risque accru de TS chez les jeunes océaniens et chez les jeunes vivant en tribu, par rapport aux jeunes Européens et aux jeunes vivant en ville. Ces données sont en congruence avec la mortalité élevée chez les jeunes kanaks repérée dans l'enquête OMS-START en Nouvelle-Calédonie¹⁶ et les autres études réalisées dans la région Pacifique qui mentionnent un bouleversement culturel relativement récent lié à des modifications sociales entraînées par la diffusion massive du mode de vie occidental dans le Pacifique insulaire après la deuxième Guerre mondiale. De même, un rapport établi par le Sénat Coutumier de la Nouvelle-Calédonie (2009) décrit les jeunes Kanaks comme fragilisés et en manque de repères affectifs par la remise en question du schéma familial traditionnel¹⁹. Ces données sont corroborées par le fait que, dans notre étude, les jeunes de la province des îles Loyautés sont le moins à risque. Dans cette province, en effet, la structuration coutumière est toujours très prégnante avec un retentissement fort sur le cadre de vie sociétal de la population.

Les enquêtes déclaratives comportent des limites. Les questions abordant la thématique du suicide demandent aux personnes enquêtées un effort de mémoire et de rappel d'événements potentiellement douloureux ou embarrassants. Certaines personnes interrogées peuvent refuser de se prêter à cet exercice ou ne répondre que partiellement. De plus, la mémorisation peut être plus ou moins précise en fonction de différents paramètres tels que l'état de santé du sujet au moment de la passation du questionnaire, sa disponibilité et sa motivation pour participer à l'enquête. Enfin, la temporalité utilisée pour les variables d'intérêt est différente de celle des facteurs associés. Les questions concernant les pensées suicidaires et tentatives de suicide sont basées sur les 12 derniers mois et les facteurs associés sur les 30 derniers jours.

Nos données confirment l'intérêt, en complément d'une stratégie ciblée sur les personnes à risque suicidaire, d'intervenir en amont, dans une logique de promotion de la santé mentale axée sur la prévention des violences physiques, sexuelles et psychologiques, l'amélioration du climat familial et de la sécurité à l'école et la prévention des comportements addictifs. ■

Liens d'intérêt

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

Références

- [1] World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2021. 35 p. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- [2] Observatoire national du suicide. Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Paris: Observatoire du suicide; 2014. 221 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapportons2014-mel.pdf>
- [3] Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hultén A, Bille-Brahe U, Bjerke T, *et al.* Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health.* 1998;52(3):191-4.
- [4] Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1999, 56(7):617-26.
- [5] Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie. Baromètre santé jeune de Nouvelle-Calédonie 2014, résultats généraux. 2016. 60 p. <https://www.santepourtous.nc/la-sante-en-chiffre/barometre-jeunes/presentation>
- [6] Goodfellow B. Rapport d'enquête OMS-Start Nouvelle-Calédonie. 2019. 191 p.
- [7] World Health Organization. Global school-based student health survey. French Polynesia 2015. Fact sheet. https://www.cdc.gov/gshs/countries/westpacific/french_polynesia.htm
- [8] World Health Organization. Global school-based student health survey. Vanuatu 2016. Fact sheet. <https://www.who.int/publications/m/item/2016-gshs-fact-sheet-vanuatu>
- [9] Clark TC, Fleming T, Bullen P, Denny S, Crengle S, Dyson B, *and al.* Youth'12 Overview: The health and wellbeing of New Zealand secondary school students in 2012. Auckland, New Zealand: The University of Auckland; 2013. <https://www.fmhs.auckland.ac.nz/assets/fmhs/faculty/ahrg/docs/2012-overview.pdf>
- [10] World Health Organization. Global School-based Student Health Survey. Wallis et Futuna 2015. Fact sheet. <https://www.who.int/publications/m/item/2015-gshs-fact-sheet-wallis-and-futuna>
- [11] World Health Organization. Global School-based Student Health Survey. Fiji Island 2016. Fact sheet. <https://www.who.int/publications/m/item/2016-gshs-factsheet-fiji>
- [12] Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P, Dennis MS. Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *Eur Psychiatry.* 2011;26(8):498-503.
- [13] Léon C, Chan-Chee C, du Roscoët E, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019; (3-4):38-47. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html
- [14] Gorza M, Léon C, Lasbeur L, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. État de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans – résultats du Baromètre de Santé

publique France 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(26-27): 540-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_5.html

[15] Hamelin C, Salomon C, Lert F, Vignier N, Bonenfant S, Kanieswski N, Carole C. Situation sociale et comportement de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie. Villejuif; Inserm. 2008. 77 p.

[16] Le Houezec J. Nicotine: abused substance and therapeutic agent. J Psychiatry Neurosci. 1998;23(2):95-108.

[17] Han B, Compton WM, Einstein EB, Volkow ND. Associations of suicidality trends with cannabis use as a function of sex and depression status. JAMA Netw Open. 2021;4(6): e2113025.

[18] Navarro MC, Ouellet-Morin I, Geoffroy M, Boivin M, Tremblay RE, Côté SM, *et al.* Machine learning assessment of

early life factors predicting suicide attempt in adolescence or young adulthood. JAMA Netw Open. 2021;4(3): e211450.

[19] Commission Education Formation du Sénat coutumier de la Nouvelle-Calédonie. La place du jeune kanak dans la société contemporaine et les moyens de lutter contre la marginalisation d'une partie de la jeunesse. 2009. https://www.nouvelle-caledonie.gouv.fr/content/download/1763/14064/file/1re_partie_JEUNES_KANAK.pdf

Citer cet article

Magnat É, Domingue Mena P, Goodfellow B, Bertrand-Protat S, Demaneuf T. Facteurs associés aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide chez les jeunes Calédoniens. Bull Epidemiol Hebd. 2022;(6):122-30. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/6/2022_6_2.html