

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	9
II.	MÉTHODES	12
III.	RÉSULTATS	14
IV.	DISCUSSION	27
V.	CONCLUSION	32
VI.	BIBLIOGRAPHIE	33
VII.	TABLE DES FIGURES	35
VIII.	TABLE DES TABLEAUX	36
IX.	TABLE DES MATIÈRES	37
X.	ANNEXE	39
XI.	PERMIS D'IMPRIMER	40

I. INTRODUCTION

I.1. Géographie de la Nouvelle-Calédonie

La Nouvelle-Calédonie est un archipel situé dans l’Océan Pacifique Sud entre l’Australie et la Nouvelle-Zélande, à plus de 17 000 kilomètres de la France.

La superficie de la Nouvelle-Calédonie est d’environ 18 575 km², soit le double de la Corse. La capitale est Nouméa, à l’extrémité sud de la Grande-Terre.

I.2. Histoire de la Nouvelle-Calédonie

La Nouvelle-Calédonie a été découverte en 1770 par le navigateur britannique James Cook.¹ Il la baptise « *New Caledonia* » en souvenir de la *Caledonia*, nom latin de l’Ecosse. Mais c’est le contre-amiral français, Febvrier Despointes, qui la proclame colonie française en 1853.

La population autochtone subit le code de l’indigénat jusqu’en 1946. Les Kanaks obtiennent alors le droit de circulation, de propriété et leurs droits civils. Les vagues successives de pays décolonisés dans le Pacifique à partir des années 60 et les phénomènes sociaux et idéologiques de 1968, entraînent une montée en puissance des partis indépendantistes Kanaks.

L’affrontement des indépendantistes et non-indépendantistes connaît son apogée dans les années 80. Les accords de Matignon en 1988 mettent un terme aux « *événements qui ont secoué le Territoire de 84 à 88* ». La Nouvelle-Calédonie est alors découpée en trois provinces, permettant le partage des institutions entre les deux groupes politiques. La Province Sud est à majorité non-indépendantiste, la Province Nord, la plus grande des trois provinces et la moins densément peuplée, est à majorité indépendantiste et kanak, tout comme la Province des Iles, la plus petite en superficie.

La Nouvelle-Calédonie a actuellement un statut institutionnel particulier depuis les accords de Nouméa en 1998. Sa large autonomie de collectivité *sui genesis* (« de son propre genre ») lui confère une place singulière dans le paysage des collectivités françaises. L’accord de Nouméa prévoit une évolution de ce statut, lors d’un ou plusieurs référendums qui doivent avoir lieu entre 2014 et 2018.

I.3. Caractéristiques sociodémographiques de la Nouvelle-Calédonie

Au recensement de 2011 mené par l’Institut de la Statistique et des Etudes Economiques en Nouvelle-Calédonie, le nombre d’habitants était de 254 000.² La moitié de la population a moins de 30 ans, ce qui signe sa jeunesse. Depuis les années 90 la tendance s’inverse et la population vieillit. L’accroissement démographique est plus du double de celui en France (respectivement 1,7% et 0,6%).³ La répartition de la population sur le territoire est très inégale, car trois personnes sur quatre habitent en Province Sud, et deux tiers dans la zone urbaine du Grand Nouméa. Une volonté de rééquilibrage économique du territoire est menée depuis les accords de Matignon et de Nouméa, avec notamment la construction d’une usine multinationale de nickel dans la Province Nord.

Le système de santé calédonien est performant. Il a permis le recul de la mortalité infantile, avec un taux proche de celui de la France métropolitaine (3,6 pour 1000 naissances en Nouvelle-Calédonie contre 3,9 pour 1000 naissances en France). L’espérance de vie globale à la naissance est en constante progression et atteint 77,9 ans en 2012, même si elle reste inférieure à celle de France métropolitaine. L’espérance de vie à la naissance est de 74,0 ans chez les hommes en Nouvelle-Calédonie, contre 78,5 ans en France, et de 80,4 ans pour les femmes en Nouvelle-Calédonie contre 84,9 ans en France. Enfin, on note une fluctuation de cet indice en fonction du lieu de résidence : en Province Sud

l'espérance de vie est supérieure de deux ans à celle en Province Nord, et de quatre ans à celle en Province des Iles.

Le système de soins psychiatriques en Nouvelle-Calédonie, propose une prise en charge dans le secteur public et privé. Le secteur public propose des consultations, un service d'accueil des urgences au CHT de Nouméa et des lits d'hospitalisations au Centre Hospitalier Spécialisé de Nouville, également situé dans Nouméa. Le secteur privé propose seulement des consultations, ce qui ne laisse donc pas le choix aux patients en cas d'urgence ou d'hospitalisation.

La Nouvelle-Calédonie est un melting-pot d'ethnies et de métissages, consécutifs à son histoire et aux flux migratoires. Les us et coutumes sont fortement ancrés dans le quotidien des différentes communautés. Au recensement de 2009, les deux communautés majoritaires étaient les Kanaks, aussi appelés les Mélanésiens (40,3%), et les Européens (28,6%). Venaient ensuite les Wallisiens et Futuniens avec 8,6% de la population totale, puis 7,3% étaient regroupés dans les autres communautés identifiées (Tahitiens, Ni-Vanuatais, Indonésiens, Vietnamiens, autres Asiatiques et « autres »). 8,3% déclaraient appartenir à plusieurs communautés, ce sont les Métis, et 5% déclaraient appartenir à la communauté « Calédonienne », c'est à dire nés sur le territoire calédonien avec une identité culturelle se rapprochant de celle des Européens.³

I.4. Les études menées sur les tentatives de suicide en Nouvelle-Calédonie

Le suicide est un problème de santé publique mondial. L'Organisation Mondiale de la Santé a décrété en 2012 dans son rapport sur la prévention du suicide, « l'état d'urgence mondial ».⁴ Le suicide est la deuxième cause de mortalité dans le monde chez les 15-29 ans après les accidents de voiture. La tentative de suicide est l'un des axes prioritaires de prévention du suicide. Avec 804 000 suicides dans le monde en 2012, le taux de suicide global standardisé selon l'âge est de 11,4 suicides pour 100 000 habitants avec une prédominance masculine. Le suicide touche légèrement plus les pays à revenus faibles et intermédiaires, avec un pic du taux de suicide dans la tranche d'âge 15-29 ans, alors que dans les pays à revenus élevés, la courbe ne subit pas de variation en fonction de l'âge.

L'une des premières études à se pencher sur le problème du suicide en Nouvelle-Calédonie, est menée dans les années 70 sur 2616 patients hospitalisés à l'hôpital territorial de Nouméa.⁵ De 1969 à 1975, le taux de suicides dans la population générale (défini ici par les tentatives et les morts) semblait croître et être plus élevé qu'en France.

En 1987, ce sont les tentatives de suicide qui sont étudiées en psychiatrie au Centre Hospitalier Spécialisé de Nouméa.⁶ Sur les 40 patients hospitalisés pour tentative de suicide, les suicidants étaient majoritairement des femmes en couple. Le statut professionnel n'était pas un critère discriminant, le sexe masculin ne concernait exclusivement que des Européens, et aucun Mélanésien ou Wallisien. Mais cette étude manquait de puissance.

Une étude de l'INSERM en 2008 concernant le comportement de santé des jeunes calédoniens, montrait le problème du suicide dans cette population. Ils feraient deux fois plus de tentatives de suicide que les jeunes vivant en France métropolitaine (12% contre 6%).⁷ La déclaration des tentatives de suicide ne variait pas selon l'âge, la région de résidence, la communauté ou encore la situation d'activité.

Il faut attendre 2009 pour que soient rendus les résultats d'une vaste étude en population générale sur la santé mentale en Nouvelle-Calédonie, incluant 1500 personnes.^{8,9} Le risque suicidaire a été évalué à l'aide du MINI test (Mini International Neuropsychiatric Interview). Le risque suicidaire est alors plus

élevé en ville qu'en tribu et en rural, et plus élevé dans le Grand Nouméa qu'en France métropolitaine. Les urbains déclaraient proportionnellement plus de tentatives de suicide que les ruraux et tribaux. On trouvait majoritairement des femmes dans les trois groupes et des personnes vivant seules en ville. Cette étude montrait aussi que les 18-29 ans étaient surreprésentés, davantage en milieu rural et tribal qu'en ville.

Ces deux études constituaient un apport considérable sur la connaissance de la santé de la population calédonienne. Mais elles comportaient des limites. La remémoration d'évènements douloureux et embarrassants, peut entraîner des réponses partielles ou erronées. De plus, le temps peut entraîner une réinterprétation d'évènements passés, un oubli partiel. Enfin, le facteur socio-culturel est important en Nouvelle-Calédonie. Répondre « oui » à une question est une forme de politesse ou de complaisance que l'on rencontre fréquemment chez les populations locales. Se pose le problème des questionnaires élaborés en France métropolitaine ou à l'échelle mondiale, qui ne sont pas toujours adaptés aux cultures locales.

C'est dans ce contexte qu'a été mené à partir de 2010 un recueil de données sur les patients accueillis pour une tentative de suicide aux urgences psychiatriques du CHT Gaston Bourret de Nouméa. Une première analyse a été réalisée pour le sujet d'une thèse sur la période de février 2010 à février 2012.¹⁰ Il s'agissait principalement de femmes jeunes, le mode opératoire était l'intoxication médicamenteuse volontaire, majoritairement de personnes vivant seules, ayant un travail et d'origine Calédonienne. D'autres données recueillies lors de cette enquête n'ont pas été exploitées : le lieu de la tentative de suicide, l'intentionnalité donnée au geste, la sévérité somatique induite par la tentative de suicide, la nature de l'antécédent psychiatrique, l'hospitalisation en psychiatrie, la notion d'un évènement traumatique et sa nature. Cette étude s'est poursuivie jusqu'à février 2014.

Les nouveaux éléments recueillis sur deux années supplémentaires, ont donc pour objectif de caractériser les tentatives de suicide prises en charge et d'affiner le profil du patient suicidant accueilli aux urgences du CHT de Nouméa. Une comparaison sera réalisée avec une étude similaire à la nôtre, réalisée en France Métropolitaine, pour en dégager les similitudes et les différences.

II. METHODES

II.1. Type d'étude et population étudiée

C'est une étude épidémiologique monocentrique et rétrospective de tous les patients accueillis au Centre Hospitalier Territorial de Nouméa en Nouvelle-Calédonie, pour une tentative de suicide, de février 2010 à février 2014, et ce, quelle que soit la prise en charge (retour à domicile, hospitalisation en médecine, en chirurgie ou en psychiatrie).

Nous avons défini comme « suicidant » selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), un individu qui a fait une tentative de suicide, c'est à dire « une intoxication ou une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu », par opposition au suicidé qui lui est décédé par suicide.

La recherche s'est effectuée à partir des dossiers, et un tableau Excel a été complété pour les renseignements de plusieurs variables.

Le CHT de Nouméa accueille la quasi totalité des suicidants de Nouvelle-Calédonie, car c'est l'unique structure d'urgences psychiatriques du territoire. Les suicidants habitant loin de Nouméa semblaient peu nombreux d'après les deux psychiatres travaillant alors en Province Nord (10 tentatives de suicide en moyenne hospitalisées au niveau du Centre Hospitalier Nord par an). Il n'y a pas de psychiatre basé dans les îles. Les patients isolés, sont adressés au CHT de Nouméa si une hospitalisation est nécessaire.

II.2. Variables étudiées

Les caractéristiques retenues pour chaque tentative de suicide sont:

- l'année de la tentative de suicide
- le sexe
- l'âge
- la communauté d'appartenance
- le mode de suicide
- l'association de toxiques
- l'hospitalisation en psychiatrie
- le lieu de la tentative de suicide
- l'intentionnalité suicidaire évaluée par l'échelle de Beck : intentionnalité faible pour un score de 0 à 3, moyenne de 4 à 10, élevée de 11 à 25.¹¹
- la sévérité somatique de 0 à 2. 0 = aucun dommage physique et pas besoin de soins médicaux ; 1 = requiert des soins médicaux/chirurgicaux mais sans danger de mort ; 2 = requiert des soins médicaux/chirurgicaux avec danger de mort)

Puis, pour chaque suicidant pris individuellement, ont été recueillies au sein de leur dossier les caractéristiques suivantes :

- le nombre de tentatives de suicide pendant l'étude
- le sexe
- l'âge. S'il y a eu plusieurs tentatives de suicide pendant l'étude, c'est l'âge à la première tentative de suicide qui a été retenu
- la communauté d'appartenance
- le niveau d'études

- le statut matrimonial
- l'activité professionnelle
- les antécédents psychiatriques selon la CIM-10
- les diagnostics psychiatriques posés lors des entretiens
- les antécédents de tentatives de suicide avant l'étude
- les antécédents d'évènements traumatisques déclarés

II.3. Gestion des données et analyses

Les données de l'étude ont été stockées sur l'ordinateur du bureau de l'antenne de psychiatrie des urgences du CHT Gaston Bourret, sous la forme d'un fichier Excel.

Les résultats ont ensuite été transmis à Madame le Docteur Sylvie LAUMOND, médecin épidémiologiste à la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie, pour des analyses statistiques. Une procédure de chaînage a permis de relier les différentes consultations d'un même patient. Les taux standardisés ont été calculés par la méthode de standardisation directe.

Les données ont été traitées de façons anonymes et confidentielles.

Les résultats relatifs (pourcentages) ont été arrondis à une décimale, conduisant ainsi parfois à des totaux supérieurs ou inférieurs de 1% aux 100% attendus.

II.4. Conditions éthiques

Cette étude a été réalisée avec l'accord du comité d'éthique du CHT de Nouméa (annexe 1).

II.5. Choix de l'étude comparative métropolitaine

A l'heure actuelle, il n'existe pas d'étude à l'échelle nationale comparable à la nôtre. Il nous a donc fallu comparer nos résultats à ceux d'une étude Bretonne, se rapprochant dans sa méthodologie de la nôtre. Elle a été réalisée de 2011 à 2012 aux urgences des Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol, et consistait à recueillir des données sociodémographiques et médicales des patients consultant pour tentatives de suicide.¹² Les secteurs psychiatriques de ces hôpitaux recouvrent en grande partie la géographie de deux pays de Bretagne : les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, soit un bassin de population de 198 980 habitants en 2012 selon l'INSEE.¹³

Les résultats obtenus pour chacune des données étudiées, seront développés soit séparément (nos résultats puis ceux de l'étude Bretonne), soit simultanément dans un tableau ou un graphique. Toutes les données étudiées dans notre étude ne l'ont pas été dans l'étude Bretonne, et nous le spécifierons quand c'est le cas.

III. RÉSULTATS

III.1. Caractéristiques des tentatives de suicide

III.1.1. Nombre de tentatives de suicide

Tableau I : Nombre de consultations pour tentatives de suicide par an, aux urgences du CHT de Nouméa et des Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol.

Années des tentatives de suicide	Nombre de consultations aux urgences du CHT de Nouméa ¹	Nombre de consultations aux urgences de GLP ²
2010	282	—
2011	240	499
2012	251	445
2013	276	—
Nb total de consultations pour TS	1049	944
Nb moyen de consultations pour TS/an	262	472

¹ Centre Hospitalier Territorial ; ² Guingamp, Lannion, Paimpol

Le nombre moyen de consultations pour tentative de suicide aux urgences du CHT de Nouméa est de 10 consultations pour tentative de suicide/10 000 habitants/an. Ce taux est très inférieur à celui constaté à Lannion-Paimpol-Guingamp et en France métropolitaine, puisqu'ils sont respectivement de 24/10 000 habitants/an et 25/10 000 habitants/an.¹⁴

Sur quatre ans, 0,4% (N=4) des tentatives de suicide hospitalisées ont abouti à un décès. Ce taux serait inférieur à celui d'une étude effectuée en métropole de 2004 à 2007, puisque 0,8% des 359 619 tentatives de suicide hospitalisées sur quatre ans ont abouti à un décès (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire du 13 décembre 2011).¹⁵

III.1.2. Le sexe et l'âge

740 tentatives de suicide concernaient des femmes (70,6%) et 308 des hommes (29,4%), avec un sexe-ratio femmes/hommes de 2,4. Un dossier ne renseignait pas ce critère.

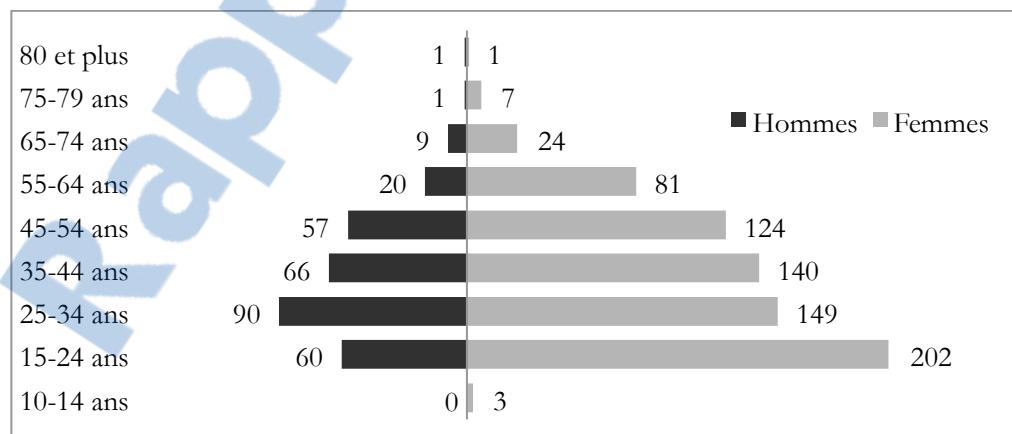


Figure 1 : Pyramide des âges des tentatives de suicide chez les hommes et les femmes pris en charge au CHT de Nouméa

Les moins de 35 ans représentaient 48% des tentatives de suicide tous sexes confondus. 1,3% (N=14) des dossiers ne renseignaient pas ce critère. Rappelons que la population Néo-calédonienne est jeune avec 50% de moins de 30 ans. Nous avons donc rapporté le nombre de tentative de suicide à la population de référence (1^{er} janvier 2011 de l'ISEE NC).

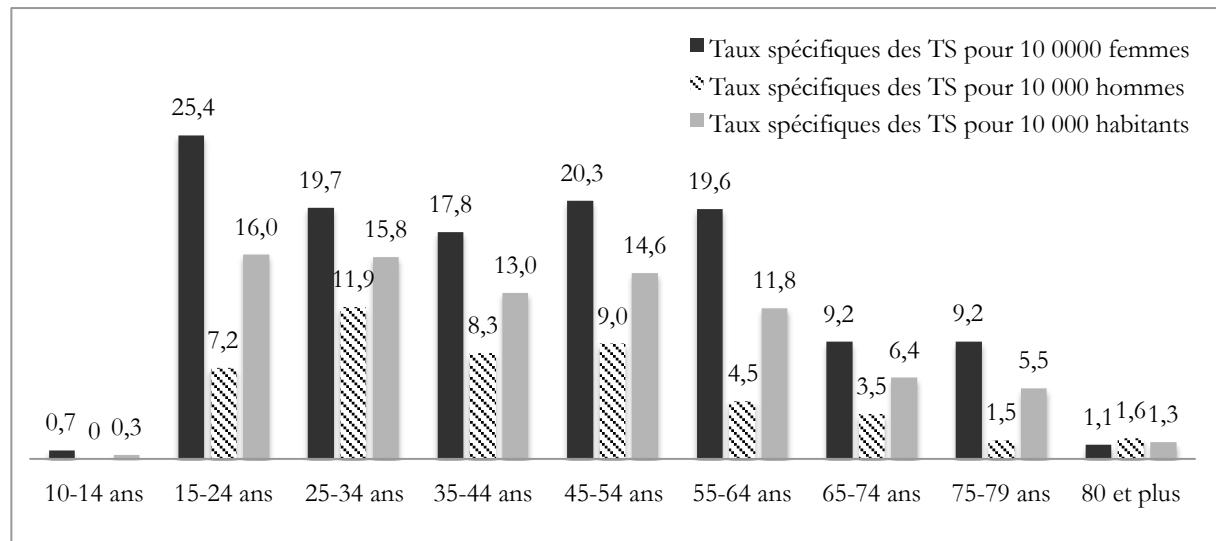


Figure 2 : Taux spécifiques des tentatives de suicide prises en charge au CHT de Nouméa, selon l'âge et le sexe pour 10 000 habitants. Population de référence au 1^{er} janvier 2011 selon l'Institut des Statistiques et des Etudes Economiques de Nouvelle-Calédonie.

Le taux moyen standardisé de tentatives de suicide selon l'âge est de **12,2 tentatives de suicide pour 10 000 personnes de plus de 10 ans**. Il est de 7 tentatives de suicide pour 10 000 hommes et de 17,5 tentatives de suicide pour 10 000 femmes. La prévalence est toujours plus élevée chez les femmes quel que soit la classe d'âge, sauf chez les plus de 80 ans où elle est légèrement inférieure.

Les résultats des critères sexe et âge de l'étude Bretonne, seront présentés dans la partie « caractéristiques des suicidants » de notre étude.

III.1.3. Les communautés d'appartenance

Les trois communautés les plus représentées étaient la Calédonienne, l'Européenne et la Mélanésienne.

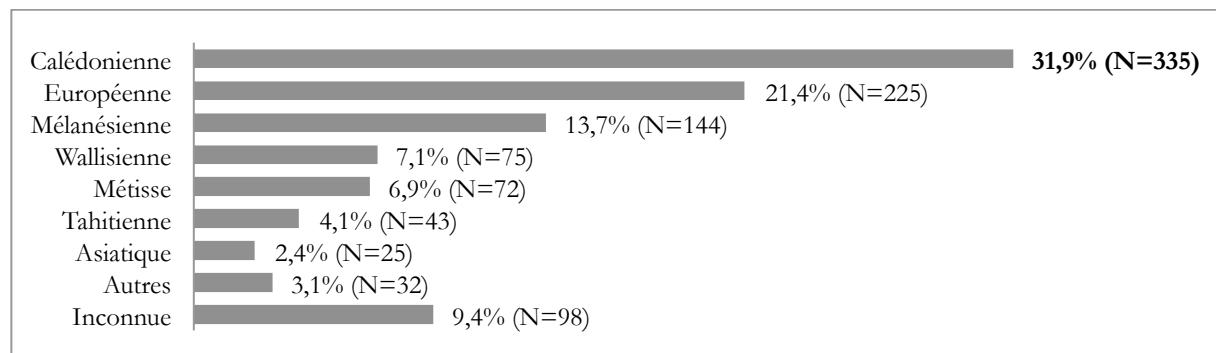


Figure 3 : Répartition des tentatives de suicide prises en charge au CHT de Nouméa, par communautés d'appartenance déclarées

« Autres » se rapporte aux communautés identifiées mais non citées ci-dessus.

Les taux moyens standardisés par communautés ont été calculés (population de référence selon l'ISEE NC 2009). Les deux groupes de communautés les plus représentés étaient :

- les Tahitiens avec 19,3 tentatives de suicide pour 10 000 Tahitiens
- les Européens et les Calédoniens avec 18,7 tentatives de suicide pour 10 000 Européens et Calédoniens. Ces deux communautés ont été regroupées parce qu'elles sont culturellement proches, et parce que l'effectif est ainsi plus important.

Viennent ensuite les Métissés (9,2/10 000 personnes), les Wallisiens (8,2/10 000 personnes), les Asiatiques (7,9/10 000 personnes), les Mélanésiens (3,3/10 000 personnes). Les « Autres » comptent 17,1 TS/10 000 personnes.

Ce critère n'était pas renseigné dans l'étude Bretonne.

III.1.4. L'association à des toxiques

22,97% des tentatives de suicide étaient associées à la prise d'au moins un toxique (N=241).

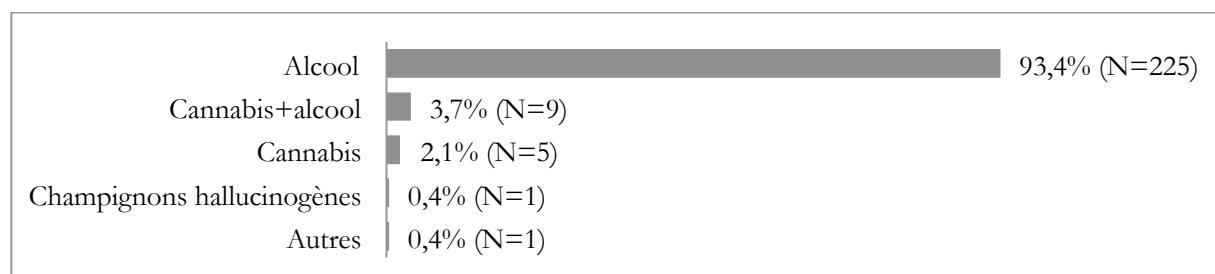


Figure 4 : Répartition des toxiques pris lors des tentatives de suicide faites en Nouvelle-Calédonie

Sur le nombre total de tentatives de suicide, 21,4% étaient associées à une prise d'alcool et 0,5% à la prise de cannabis.

Dans l'étude Bretonne, c'est 4 tentatives de suicide sur 10 qui étaient associées à la prise d'alcool. Il n'a pas été spécifié d'utilisation de drogues dans cette étude.

III.1.5. Les modes de tentatives de suicide

Le mode de tentative de suicide majoritairement utilisé était l'intoxication médicamenteuse volontaire (N=725 ; 69,2%). L'IMV pouvait être associée à un autre mode (N=68 ; 6,5%). Ensuite viennent la phlébotomie (N=47 ; 4,5%), la scarification (N=30 ; 3,0%), et la pendaison (N=30 ; 3,0%).

Le reste des tentatives de suicide concernait l'utilisation d'armes à feu, d'armes blanches, les accidents de la voie publique, l'utilisation d'alcool, et d'autres modes représentant chacun moins de 2% de l'effectif total. 37 dossiers (3,6%) ne renseignaient pas ce critère.

Le mode utilisé était unique pour 935 tentatives de suicide (89,1%), double dans 74 tentatives de suicide (7%) et triple dans 3 tentatives de suicide (0,3%).

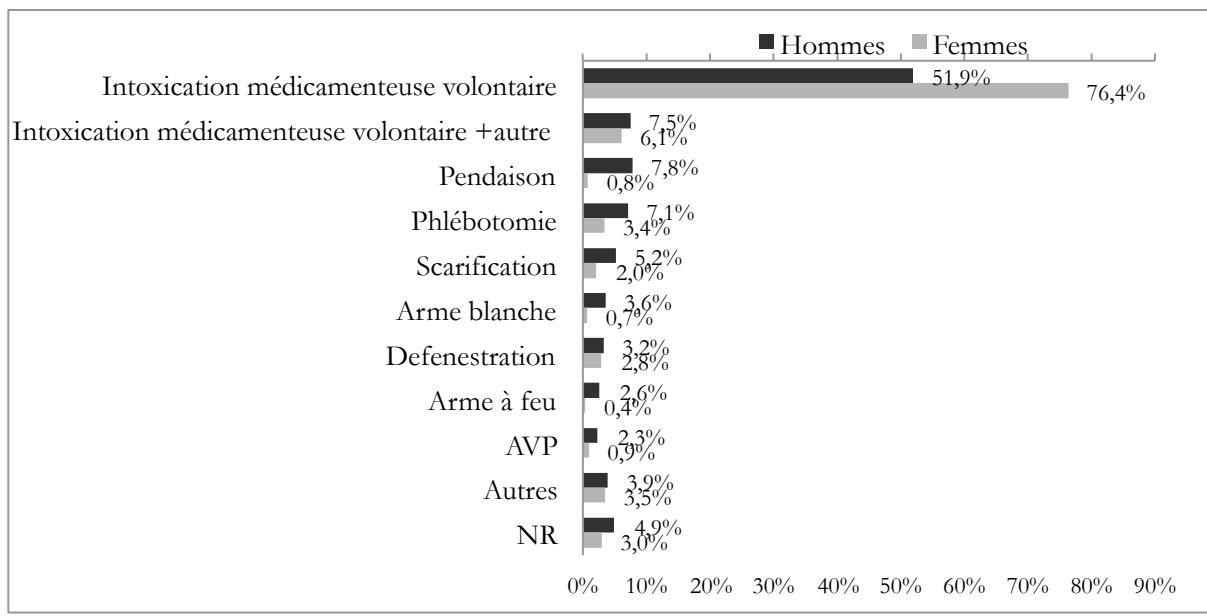
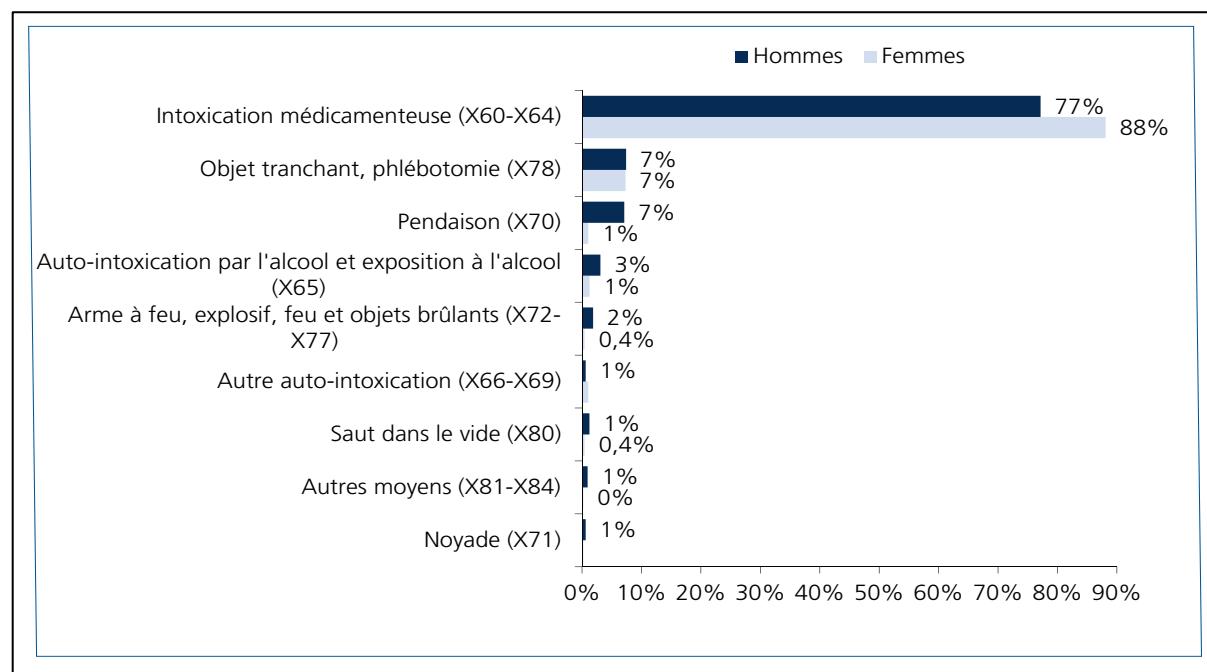


Figure 5 : Répartition des tentatives de suicide prises en charge au CHT de Nouméa, par mode opératoire et par sexe.



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Figure 6 : Répartition des tentatives de suicide prises en charge aux Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol, selon le mode opératoire et le sexe

L'intoxication médicamenteuse volontaire était le mode opératoire principal dans les deux études, et les femmes y étaient surreprésentées.

Dans les deux études, les hommes utilisaient proportionnellement plus de modes agressifs que les femmes. Mais les effectifs étaient faibles.

III.1.6. Les hospitalisations en psychiatrie

Les hospitalisations en psychiatrie concernaient les personnes admises en services psychiatriques après leur passage aux urgences, ainsi que celles admises a posteriori en psychiatrie après une surveillance ou des soins en service de médecine ou de chirurgie au CHT. Le site du Centre Hospitalier Spécialisé est situé à distance du CHT et ne dispose pas de moyens techniques pour la surveillance médicale d'une intoxication médicamenteuse volontaire par exemple.

Tableau II : Résumé des caractéristiques des hospitalisations en psychiatrie pour tentative de suicide en Nouvelle-Calédonie. Population de référence au 1^{er} janvier 2011 selon l'ISEE NC.

	Femmes	Hommes	Total
Nombre moyen de consultations pour TS/an/sexe	185	77	262
Nombre moyen d'hospitalisations en psychiatrie pour TS/an/sexe	36,3	10,3	46,6
Répartition selon le sexe des hospitalisations en psychiatrie pour TS	78%	22%	100%
Pourcentage par an de personnes hospitalisées en psychiatrie pour TS après avoir été vues aux urgences	20% des femmes	13% des hommes	17% des TS
Taux d'hospitalisation en psychiatrie pour TS pour 10 000 habitants	3,4	1	2,2

17% des tentatives de suicide vues aux urgences du CHT, sont hospitalisées en psychiatrie par an. Le manque de lits en psychiatrie pourrait expliquer ce faible taux.

La comparaison avec l'étude bretonne sur ce critère n'a pas été possible car elle ne mentionnait que le devenir immédiat après la consultation aux urgences (au CHG, au CHS de Bégard, à l'UHCD, transfert en clinique, etc.).

III.1.7. Le lieu de la tentative de suicide

Les données disponibles concernaient la période de février 2010 à février 2013, soit 773 tentatives de suicide.

Le domicile regroupait la majorité des tentatives de suicide.

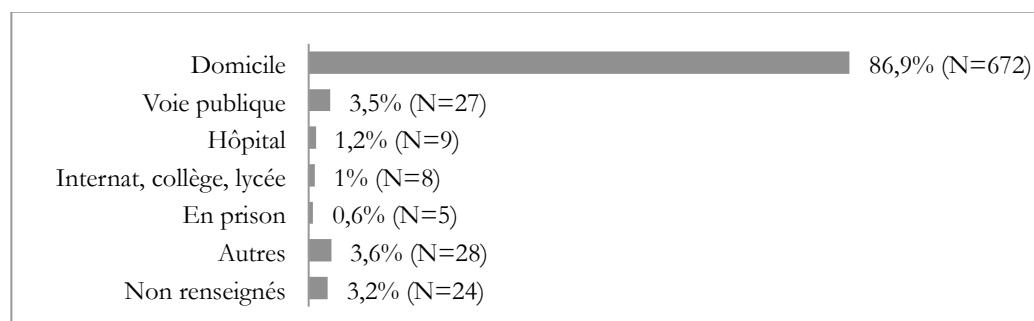


Figure 7 : Répartition des tentatives de suicide prises en charge au CHT de Nouméa, selon le lieu où elles ont été réalisées

Les autres lieux étaient multiples : à l'hôtel, en foyer, à la plage, la mer, la rivière, dans une voiture...

Ce critère n'était pas renseigné dans l'étude Bretonne.

III.1.8. L'intentionnalité suicidaire

Les données disponibles concernaient la période de février 2010 à février 2013, soit 773 tentatives de suicide.

- 44,4% (N=343) des tentatives de suicide avaient une intentionnalité moyenne
- 37,1% (N=287) des tentatives de suicide avaient une intentionnalité faible
- 11,2% (N=87) des tentatives de suicide avaient une intentionnalité élevée

7,3% (N=56) des dossiers ne renseignaient pas ce critère.

Ce critère n'était pas renseigné dans l'étude bretonne.

III.1.9. La sévérité somatique

Les données disponibles concernaient la période de février 2010 à février 2013, soit 773 tentatives de suicide.

- 60,5% (N=468) des tentatives de suicide étaient de niveau 1, c'est à dire que des soins médicaux ou chirurgicaux étaient nécessaires, mais sans danger de mort
- 21,1% (N=163) de niveau 0, c'est à dire qu'aucun soin n'était nécessaire
- 11,6% (N=90) de niveau 2, c'est à dire qu'il existait un danger de mort

6,8% (N=52) des dossiers ne renseignaient pas ce critère.

Ce critère n'était pas renseigné dans l'étude bretonne.

III.2. Caractéristiques des patients suicidants

III.2.1. Nombre de tentatives de suicide par suicidant pendant l'étude

874 patients ont été pris en charge pendant ces quatre années d'étude, avec une moyenne de 1,2 tentative de suicide par patient.

116 patients ont fait au moins 2 tentatives de suicide lors de l'étude, soit 13,3% de récidives sur une période de 4 ans.

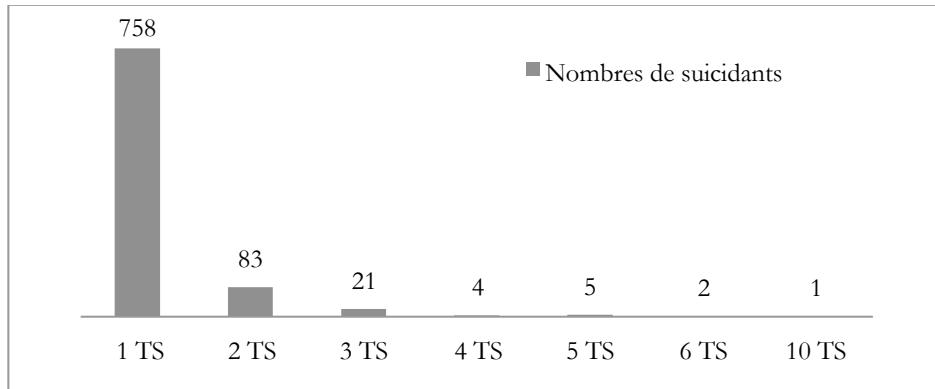


Figure 8 : Répartition des patients suicidants par nombre de tentatives de suicide faites pendant les quatre années d'étude aux CHT de Nouméa

L'étude bretonne incluait 805 patients. 100 patients ont fait au moins 2 tentatives de suicide pendant l'étude, soit 12,4% de récidive sur une période de 2 ans.

III.2.2. Le sexe et l'âge des suicidants

On trouvait majoritairement des femmes (70% contre 30% d'hommes), soit un sex-ratio femmes/hommes de 2,3. Un dossier (0,1%) ne renseignait pas le critère « sexe ».

Dans l'étude bretonne, il y avait aussi majoritairement des femmes (59% contre 41% d'hommes).

L'âge moyen des suicidants Néo-Calédoniens était de 36,4 ans, sans variation significative selon le sexe (36,1 ans pour les femmes et 37 ans pour les hommes). 50,9% des patients avaient moins de 35 ans. 14 dossiers (1,6%) ne renseignaient pas sur le critère « âge ».

L'âge moyen des suicidants Bretons était de 43 ans, sans variation significative selon le sexe.

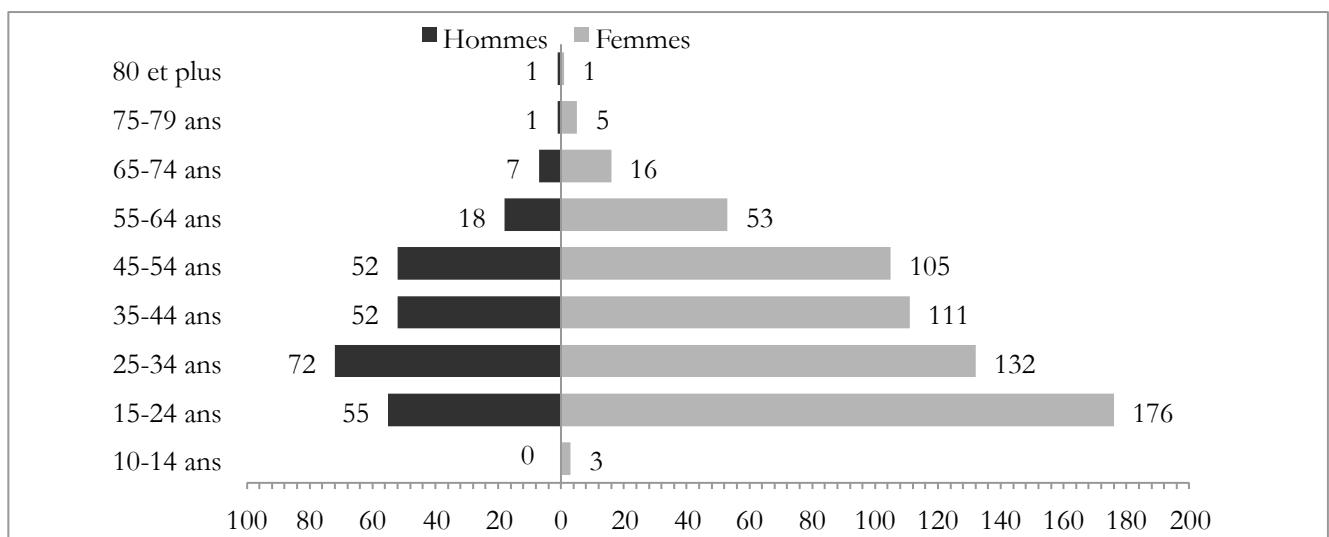


Figure 9 : Pyramide des âges des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa

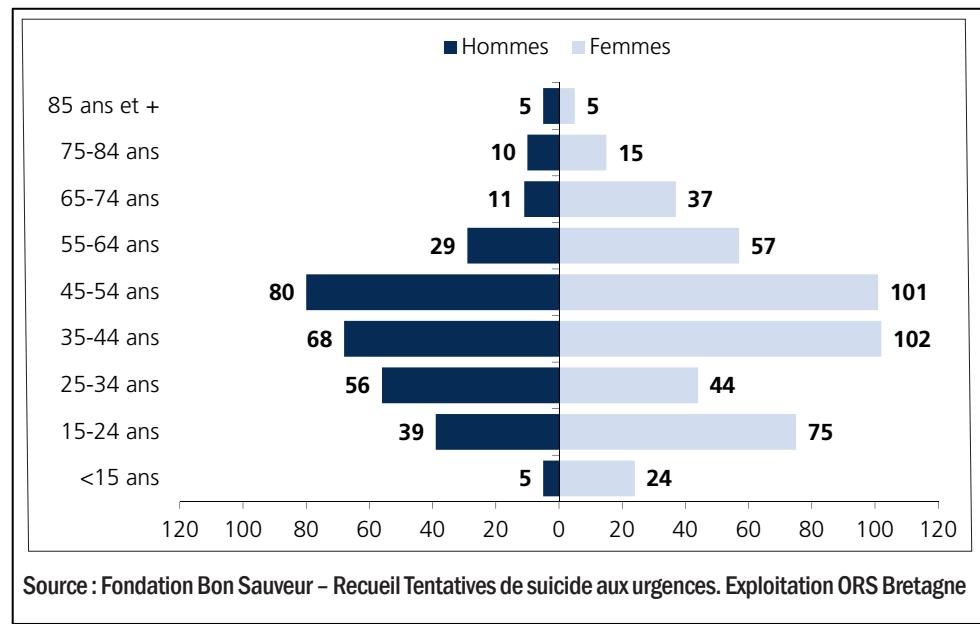


Figure 10 : Pyramide des âges des suicidants pris en charge aux Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol

Les pyramides des âges des deux études avaient un profil différent. Celle de notre étude était large à sa base pour se resserrer ensuite, ce qui témoigne de la jeunesse de la population Néo-calédonienne (50% a moins de 30 ans). Dans l'étude Bretonne, la pyramide des âges était étroite à sa base, puis s'élargissait progressivement jusqu'à 45-54 ans, et enfin rétrécissait.

Le pic de prévalence dans notre étude était entre 15-24 ans chez les femmes et entre 25-34 ans chez les hommes. Alors qu'il était à 45-54 ans chez les hommes Bretons, et entre 35-54 ans chez les femmes Bretonnes.

III.2.3. Les communautés d'appartenance des suicidants

La majorité des suicidants se déclaraient d'appartenance Calédonienne. Comparées à la population générale, deux communautés étaient surreprésentées : la communauté Calédonienne était très nettement surreprésentée, et dans une moindre proportion, celle Tahitienne.

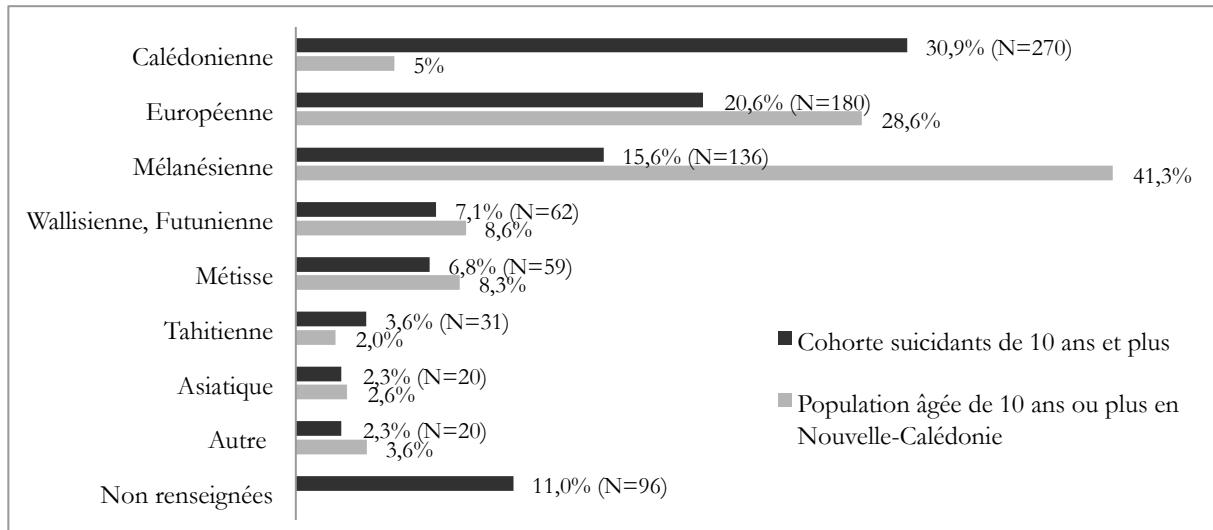


Figure 11 : Répartition par communautés de la population générale au recensement de 2009, et de celle des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa.

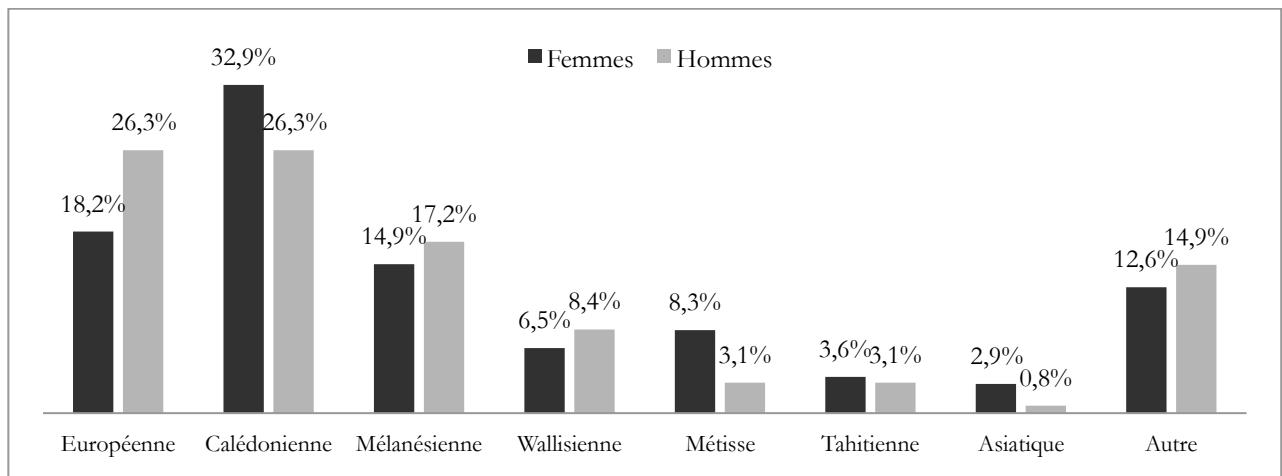


Figure 12 : Répartition des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa, selon le sexe et la communauté d'appartenance

Les suicidants hommes sont en proportion plus importante dans les communautés Européennes, Mélanésiennes et Wallisiennes. Les femmes, elles, le sont dans les communautés Calédoniennes, Métissées, Tahitiennes et Asiatiques.

Les suicidants femmes sont majoritairement Calédoniennes, alors que les suicidants hommes sont Européens et Mélanésiens.

III.2.4. Le niveau d'études des suicidants

50,4% (N=440) des suicidants avaient un niveau pré-BAC (50,7% des femmes et 49,6% des hommes).

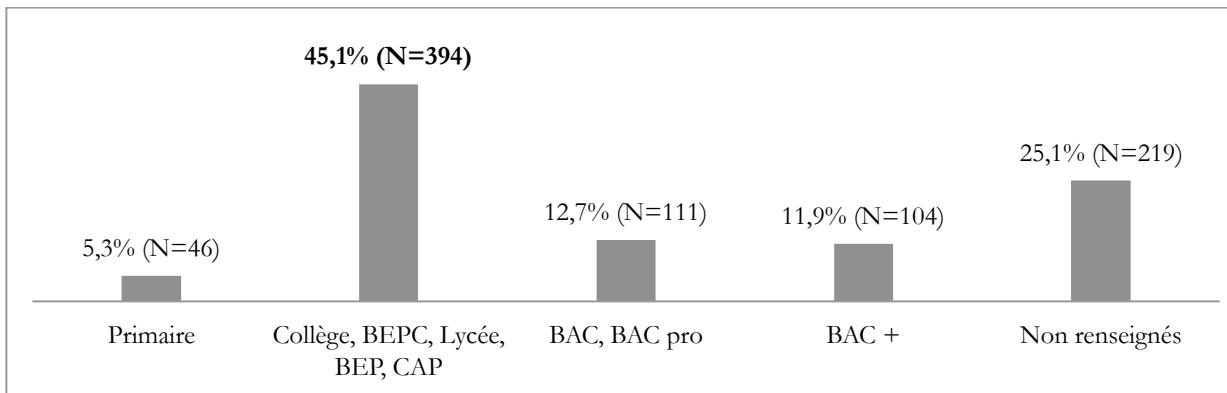


Figure 13 : Répartition des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa selon le niveau d'études déclaré

III.2.5. Le statut matrimonial des suicidants

Les données suivantes concernaient la période de février 2010 à février 2013, soit 659 patients.

L'étude Néo-calédonienne comptait majoritairement des personnes mariées ou vivant en couple. L'étude Bretonne était représentée majoritairement par des célibataires.

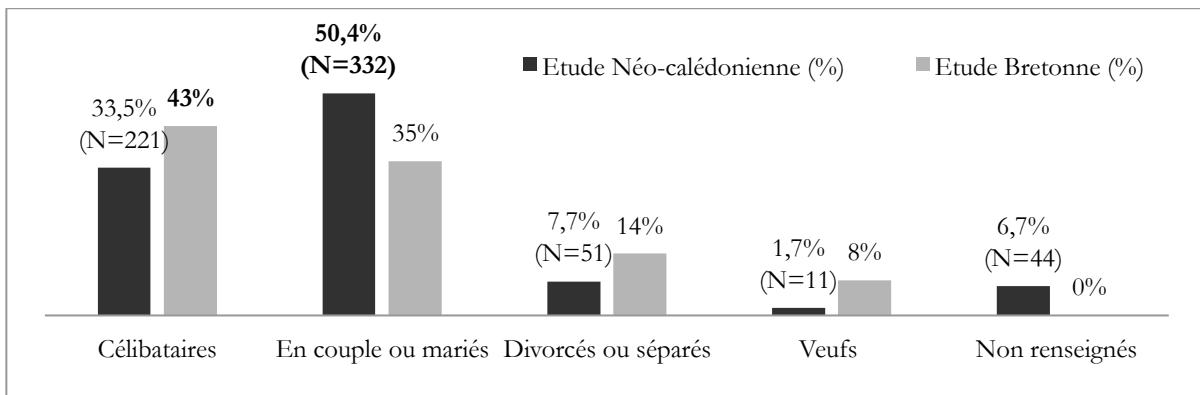


Figure 14 : Répartition des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa et aux Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol, selon leurs statuts matrimoniaux

III.2.6. L'activité professionnelle des suicidants

Les données suivantes concernaient la période de février 2010 à février 2013, soit 659 patients.

Les actifs ayant un travail sont proportionnellement plus représentés chez les suicidants de notre étude. Le résultat est similaire dans l'étude Bretonne.

On note une représentation plus importante des retraités dans l'étude Bretonne, en rapport probablement avec une population plus âgée en France métropolitaine qu'en Nouvelle-Calédonie.

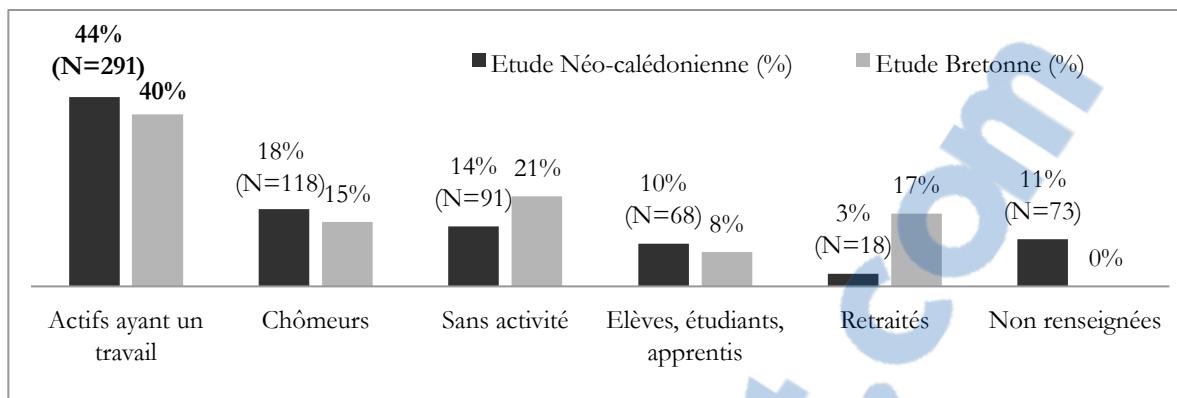


Figure 15 : Répartition des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa et aux Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol, selon leurs activités professionnelles

Dans notre étude, les hommes suicidants étaient proportionnellement plus représentés chez les actifs (63,4% d'hommes contre 44,3% de femmes) et les sans-activités (18,3% d'hommes contre 14,5% de femmes).

Les femmes suicidantes, elles, sont surreprésentées chez les chômeurs (23,7% de femmes contre 11% d'hommes), les retraités (3,2% de femmes contre 2,4% d'hommes) et les élèves-étudiants-apprentis (14,2% de femmes contre 4,8% d'hommes).

III.2.7. Les antécédents psychiatriques et les diagnostics posés

De février 2010 à février 2013, chaque patient a été interrogé sur ses antécédents psychiatriques, soit 659 patients. 47% (N=310) ont déclaré un antécédent psychiatrique, soit 50,1% des femmes et 39,8% des hommes. 37 dossiers (5,6%) ne renseignaient pas ce critère.

Dans l'étude Bretonne, 62% des suicidants avaient un antécédent psychiatrique.

De février 2010 à février 2014, un diagnostic psychiatrique a été posé chez 51% (N=450) des suicidants lors de leur consultation. Dans l'étude Bretonne, la proportion était de 55%.

La répartition des diagnostics psychiatriques variait fortement entre les deux études. Le principal diagnostic posé était le trouble de la personnalité et du comportement dans l'étude Néo-calédonienne, alors que c'était le trouble de l'humeur dans l'étude Bretonne. Ce dernier n'arrive qu'en troisième position dans l'étude Néo-calédonienne.

Aucune donnée concernant le trouble de la personnalité et du comportement dans l'étude Bretonne n'était retrouvée. L'absence de ce trouble, classé dans « autres codes F », n'était pas explicité dans les annexes disponibles.

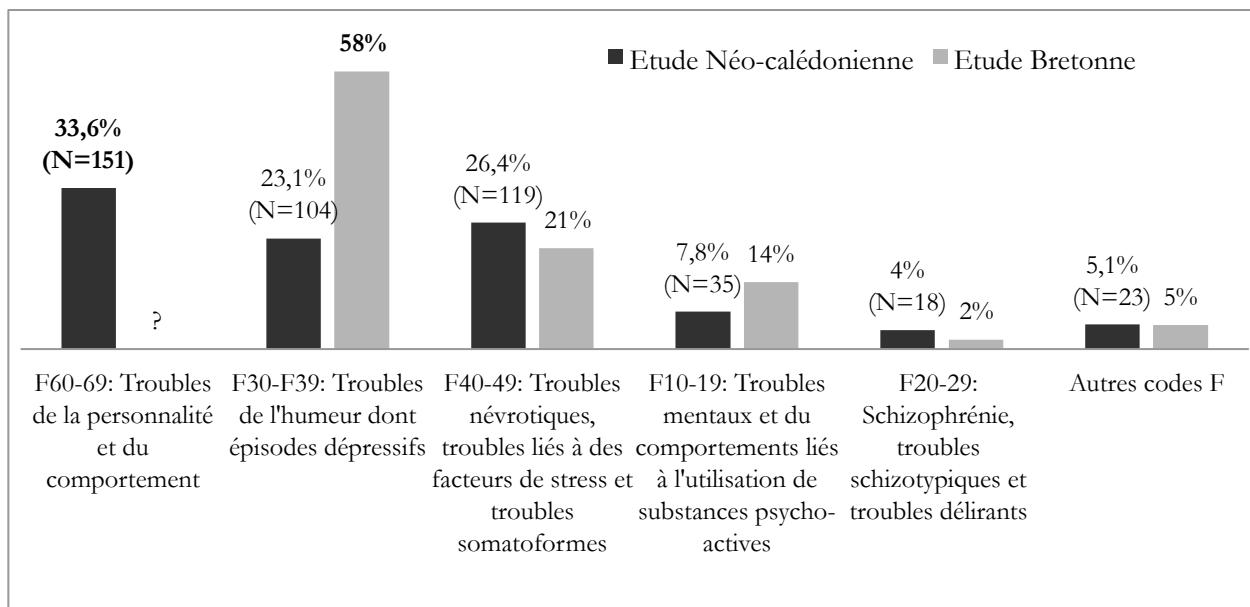


Figure 16 : Répartition des diagnostics psychiatriques posés selon la CIM-10, chez les suicidants pris en charge au CHT de Nouméa et aux Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol

A noter que le diagnostic retenu était celui posé lors de la première consultation.

III.2.8. Les antécédents de tentatives de suicide avant l'étude

Ces données concernaient les suicidants de la période de février 2010 à février 2013, et étaient mentionnées chez 93,9% des patients (N=619).

39,3% des suicidants de cette étude avaient déjà fait une tentative de suicide avant leur inclusion (N=259), soit 42,8% des femmes et 30,5% des hommes.

Ce critère concernait 54% des patients dans l'étude Bretonne.

III.2.9. Les antécédents d'évènements traumatisques

Ces données concernaient les suicidants de la période de février 2010 à février 2011, et étaient mentionnées chez 97,9% des patients (N=276).

51,4% (N=145) des patients déclaraient un événement traumatisant, soit 39% (N=110) des femmes et 12% (N=35) des hommes.

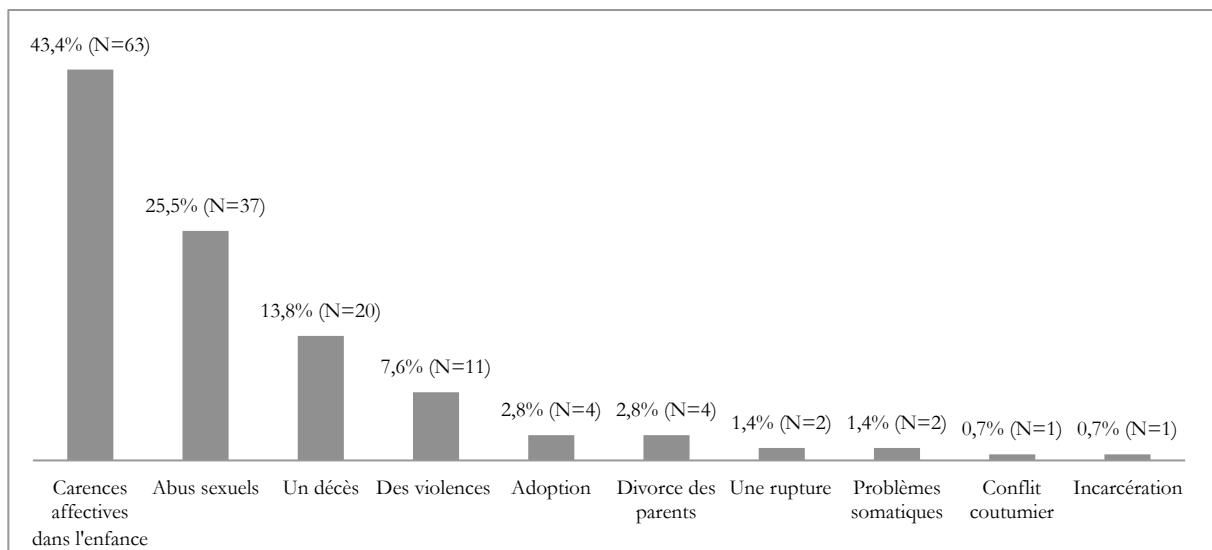


Figure 17 : Répartition des évènements traumatiques déclarés par les suicidants pris en charge au CHT de Nouméa

Ce critère n'était pas renseigné dans l'étude Bretonne.

IV. DISCUSSION

Tableau III : Résultats comparatifs des études Néo-Calédonienne et Bretonne

Critères de comparaison	Etude Néo-calédonienne au CHT de Nouméa	Etude Bretonne aux Centres Hospitaliers de Lannion, Paimpol et Guingamp
<i>Bassin de population</i>	254 000 habitants (INSEE NC 2011)	198 980 habitants (INSEE 2012)
<i>Nombres d'années d'études</i>	4 ans	2 ans
<i>Nombre total de tentatives de suicide</i>	1049 TS	944 TS
<i>Nombre de consultations aux urgences pour TS/an/10 000 hab.</i>	10 consultations/an/10 000 hab.	24 consultations/an/10 000 hab.
<i>Nombre de patients pris en charge</i>	874 patients sur 4 ans	805 patients sur 2 ans
<i>Sexe le plus représenté</i>	70% de femmes	59% de femmes
<i>Moyenne d'âge des suicidants</i>	36,4 ans	43 ans
<i>Mode de TS le plus utilisé</i>	75,7% d'IMV*	84% d'IMV*
<i>TS associées à la prise d'alcool</i>	21,4% des TS	40% des TS
<i>Situation matrimoniale</i>	50,4% sont en couple ou mariés	43% de célibataires
<i>Situation professionnelle</i>	44% d'actifs ayant un travail	40% d'actifs ayant un travail
<i>Taux d'antécédents psychiatriques</i>	47% d'antécédents psy	62% d'antécédents psy
<i>Diagnostic psychiatrique le plus souvent posé</i>	33,6% de troubles de la personnalité et du comportement	58% de troubles de l'humeur dont 51% d'épisodes dépressifs
<i>Taux de récidives des TS pendant l'étude</i>	13,3% de récidive	12,4% de récidive
<i>Taux d'antécédents de TS avant l'étude</i>	39,3% d'antécédent de TS	54% d'antécédent de TS
<i>Taux d'hospitalisation en psychiatrie pour 10 000 habitants</i>	2,2/10 000 habitants	NR**
<i>Pourcentage d'hospitalisation en psychiatrie</i>	17% des tentatives de suicide	NR
<i>Antécédent d'évènement traumatique</i>	51,4% déclaraient un événement traumatique, majoritairement une carence affective dans l'enfance	NR
<i>Lieu de la tentative de suicide</i>	86,9% à domicile	NR
<i>Niveau d'études</i>	50,4% avaient un niveau pré BAC	NR
<i>Communautés les plus représentées</i>	les Tahitiens avec 19,3 TS/10 000 Tahitiens et les Européens et Calédoniens avec 18,7 TS/10 000 Européens et Calédoniens	NR
<i>Intentionnalité suicidaire</i>	44,4% avaient une intention suicidaire moyenne	NR
<i>Sévérité somatique</i>	60,5% avaient besoin de soins mais sans danger de mort	NR

IMV*= intoxication médicamenteuse volontaire ; NR**= Non renseigné

IV.1. Commentaires sur les résultats observés

Les caractéristiques des patients de notre étude et de celle menée en Bretagne, se rapprochent sur plusieurs points : le sexe, le mode opératoire, la situation familiale, l'activité professionnelle et le risque de récidive pendant l'intervalle étudié. Mais elles s'opposent aussi, de manière plus ou moins forte, sur d'autres points.

La moyenne d'âge : les patients Néo-calédoniens sont plus jeunes que les patients Bretons. Les taux standardisés selon l'âge ont permis dans la première partie de notre étude d'atténuer le fait que la population Néo-calédonienne soit jeune (50% de moins de 30 ans). Nous avons donc confirmé la prévalence plus importante des tentatives de suicide chez les jeunes. L'étude de l'INSERM citée dans l'introduction sur la population des 16-25 ans, montrait que le taux de tentatives de suicide était deux fois supérieur à celui de la métropole dans cette tranche d'âge (12% de tentatives de suicide déclarées chez les jeunes Néo-calédoniens contre 6% chez les jeunes Métropolitains). Dans notre étude, c'est 0,16% des 15-24 ans qui ont fait une tentative de suicide (16 TS/10 000 personnes). Les tentatives de suicide chez les jeunes Néo-calédoniens posent donc effectivement problème, mais l'ampleur du phénomène semble moins important que ce qui a été mis en évidence dans une étude antérieure citée dans l'introduction.

L'association de l'alcool aux tentatives de suicide était presque deux fois moindre chez les patients Néo-calédoniens que chez les patients Bretons. Selon le rapport de la DASS sur la situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie en 2013, la consommation d'alcool y est inférieure à celle en France : 9,7 litres d'alcool pur par an et par habitant en 2013, contre 11,8 litres en France métropolitaine en 2012. Et le nombre de décès imputables à l'alcool est lui aussi inférieur en Nouvelle-Calédonie (5,3% des décès en NC de 1991 à 2013, contre 11,1% des décès en France de 1991 à 2010).¹⁶ Le cannabis n'est pas un toxique associé et nous pouvons nous poser la question de savoir, sachant qu'un jeune sur deux fume, si le cannabis du fait de son rôle amotivationnel ne protège pas du passage à l'acte, expliquant donc en partie le plus faible taux de tentatives de suicide dans cette population qu'en métropole.

Le statut matrimonial et les troubles psychiatriques : la vie de célibataire est plus favorable à la survenue d'épisodes dépressifs que celle d'une vie en couple. Les suicidants de l'étude Bretonne souffraient justement, d'épisodes dépressifs et étaient célibataires. Les suicidants de notre étude, sont en couple, et souffrent majoritairement de troubles de la personnalité et du comportement. La présence plus fréquente de ces troubles dans la population Néo-calédonienne repose sur le fait qu'il y ait des histoires de vie souvent difficiles, notamment des carences affectives dans l'enfance suite aux adoptions qui sont fréquentes dans certaines cultures. S'y ajoutent, pour cette civilisation encore jeune, le choc de la cohabitation de multiples cultures, et la perte brutale des repères culturels dans un contexte de mondialisation et d'émigration économique.

Enfin, les suicidants de l'étude Bretonne avaient plus fréquemment des antécédents psychiatriques et de tentatives de suicide. Les décès par suicide en Bretagne sont 60% plus importants que la moyenne nationale.

La communauté d'appartenance est une notion importante en Nouvelle-Calédonie, tant les us et coutumes sont ancrés dans le quotidien des différentes ethnies. Les Tahitiens semblent les plus à risque pour faire des tentatives de suicide. Souvent ils quittent la Polynésie française pour la Nouvelle-Calédonie pour des raisons économiques. Ils arrivent donc à la recherche d'un travail, et n'ont pas d'étayage familial, cette absence provocant un profond déracinement. La population Wallisienne qui migre aussi pour des raisons économiques, semble être moins concernée par cette problématique car il existe une forte communauté Wallisienne en Nouvelle-Calédonie, et donc il existe des étayages familiaux. Les faibles effectifs des tentatives de suicide dans ces communautés, nécessitent cependant d'interpréter ces résultats avec prudence.

Le groupe des Européens et des Calédoniens a été identifié comme le second groupe le plus à risque de faire des tentatives de suicide. Les Européens sont des métropolitains nés en France et les Calédoniens ont des valeurs culturelles proche des métropolitains mais sont nés en Nouvelle-Calédonie. Un Européen peut se déclarer Calédonien, et inversement. Les explications qui peuvent être données à cette propension qu'ont les Européens et les Calédoniens à faire des tentatives de suicide, pourraient être les suivantes. Les Européens partent à la recherche d'un idéal de vie, la vie sous les tropiques, un climat clément, une facilité de vivre. Or ils peuvent rencontrer plusieurs difficultés. L'emploi local est protégé par des lois du pays, qui favorisent les habitants locaux. La vie est plus chère qu'en France métropolitaine, d'où les salaires indexés, mais ils ne bénéficient pas à toutes les catégories professionnelles. Les Européens sont transplantés, souvent pour des raisons économiques ou professionnelles, et sont sans soutien. Enfin, pour certains expatriés, ils imaginent laisser leurs problèmes loin derrière eux, en métropole. Les Calédoniens ont quant à eux, une identité culturelle qui est parfois difficile à construire, tant ils doivent gérer les différentes composantes. La culture occidentale est celle qui uniformise les échanges dans la vie du pays, et qui permet de vivre en société. Elle forge donc en grande partie cette identité culturelle. Ils ont ensuite la culture transmise par leurs parents, et enfin la culture locale, qui est un brassage de toutes les cultures présentes ensemble. C'est pourquoi, se définir « Calédonien » n'est pas toujours facile, et peut provoquer de véritables crises identitaires. Pour comprendre la complexité du problème, il suffit de voir à quel point le choix des signes identitaires pour le pays soulève des débats difficiles dans la classe politique locale.

Si nous comparons le taux d'hospitalisations en psychiatrie pour tentatives de suicide en Nouvelle-Calédonie à celui de la France métropolitaine, celui-ci est plus élevé en France métropolitaine. Depuis 2007 a été mis en place en France, le Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-P), destiné au codage des diagnostics pour tout patient pris en charge en psychiatrie.¹⁷ Les premiers chiffres de 2009 à 2011, montraient que 11 000 patients par an étaient hospitalisés pour tentative de suicide, soit 1,7 habitants/10 000 en France. Ce chiffre était jugé parcellaire par l'Institut de Veille Sanitaire, vu la mise en place récente du système.

Une autre source de données est le système OSCOUR (Organisation de Surveillance Coordonnée des Urgences), et concerne les passages dans les urgences de France. Entre 2007 et 2011, 9% des tentatives de suicide consultant aux urgences, ont été hospitalisées en psychiatrie, soit 2,5 hospitalisations en psychiatrie par an pour 10 000 habitants. Ce chiffre ne compte que les patients hospitalisés en psychiatrie après les urgences, et n'inclut pas ceux qui sont passés par d'autres services avant d'aller en psychiatrie. On suppose donc que le nombre d'hospitalisations en psychiatrie pour tentative de suicide en France est à revoir à la hausse. Il serait donc plus élevé qu'en Nouvelle-Calédonie (2,2/10 000 habitants/an). Cependant, les lits d'hospitalisation en service psychiatrique manquent dans cette Collectivité d'Outre-Mer, et peut donc limiter les possibilités d'hospitalisations pour tentative de suicide. D'après le rapport de la Direction Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie sur la situation sanitaire du pays en 2013, l'équipement hospitalier en psychiatrie y est « très inférieur à celui de la métropole » : 0,65 lit pour 1000 personnes de plus de 16 ans en Nouvelle-Calédonie, contre 1,13 pour 1000 personnes de plus de 16 ans en France.¹⁸ A noter que pour l'instant il n'existe aucun lit étiqueté pour la psychiatrie infanto-juvénile.

IV.2. Commentaires sur la méthodologie

Le CHT de Nouméa draine toutes les urgences psychiatriques de la Nouvelle-Calédonie. Aussi, la comparaison avec la population de la France métropolitaine est-elle intéressante. Cependant, aucun registre ou étude nationale française n'existent en 2014 sur les caractéristiques des suicidants pris en

charge aux urgences. Le choix de cette étude Bretonne s'est fait tout d'abord parce qu'elle suivait la même méthodologie que la nôtre, permettait donc leur comparaison. Ensuite parce que la fréquentation des urgences de Guingamp, Lannion et Paimpol pour tentative de suicide, se rapprochait du taux national, et donc d'un fonctionnement similaire à ce qui se passe à l'échelle nationale. Cependant, la démographie bretonne n'est pas représentative de la France, et notre étude est limitée à des conclusions avec cette partie du département des Côtes-d'Armor.

Le nombre de tentatives de suicide en Nouvelle-Calédonie a certainement été minoré par la non-médicalisation de certaines d'entre elles. Ce phénomène s'observe probablement aussi dans l'étude Bretonne. En Nouvelle-Calédonie, il existe un problème d'accès aux soins, notamment pour les tribus qui sont parfois éloignées des structures de soins. Les habitants n'ont pas toujours les moyens pour s'y rendre. Ensuite parce que les pathologies psychiatriques sont interprétées par ces mêmes populations mélanésiennes comme des maladies d'envoûtement, que l'on traite donc par la médecine traditionnelle. Enfin, la crainte d'être désigné comme « fou » et d'être « envoyé à Nouville », l'asile des fous dans la pensée de la plupart des gens, entraîne une non-médicalisation des suicidants. Un travail important reste encore à faire auprès de la population pour démythifier les pathologies psychiatriques.

Cependant, l'absence de recours au médecin pour une tentative de suicide ne doit pas être un phénomène de grande ampleur. Si l'on regarde le nombre de décès par suicide en 2012 en Nouvelle-Calédonie, on sait que 89% résidaient en Province Sud, 11% dans la Province Nord, et aucun en Province des îles. Un lien géographique direct existe entre suicides et tentatives de suicide. On peut donc dire que la majorité des tentatives de suicide se produisent probablement en Province Sud, avec un accès facilité aux urgences du CHT de Nouméa.

Les résultats des données de notre étude sont à prendre avec précaution car elles manquent de puissance, n'ayant concerné que quatre ans d'étude, voire moins pour certains critères (une seule pour le critère « événements traumatiques »).

IV.3. Perspectives

L'OMS préconise l'organisation de programmes de prévention du suicide dans chaque pays. La Nouvelle-Calédonie ne dispose pas en 2014 d'un tel programme. Il existe selon l'OMS, trois types de stratégies pour contrecarrer les facteurs de risques :

1) Une stratégie de prévention « universelle » :

- mettre en place un observatoire du suicide et des tentatives de suicide, dans le but de dresser le bilan des mesures déjà appliquées et coordonner les actions de prévention
- promouvoir la santé mentale et démythifier, lever le tabou des problèmes psychiatriques
- faciliter l'accès au soin, améliorer les moyens humains en zones reculées
- limiter l'accès aux moyens de suicide, notamment concernant la circulation des armes à feu, dont le nombre a fortement augmenté ces dernières années en Nouvelle-Calédonie
- encourager les médias à des pratiques responsables de couverture du suicide, en ne basculant pas dans des descriptions à sensation, qui entraînent des phénomènes de mimétisme suicidaire
- former les enseignants, des éducateurs spécialisés, à l'identification à un stade précoce des troubles mentaux chez les enfants

2) Une stratégie de prévention « sélective » :

- identifier les personnes à risque, qui ont subi des traumatismes ou des abus, qui ont été confrontées à des violences, des maltraitances, ou ayant subi des discriminations, des catastrophes naturelles, la perte d'un proche par suicide. Dans notre étude, le stress de l'acculturation est majeur pour certaines communautés en Nouvelle-Calédonie.
- proposer des services d'aide, des services téléphoniques (« SOS écoute » en Nouvelle-Calédonie), des cellules d'écoute pour les personnes ayant commis une tentative de suicide ou vécu un suicide dans l'entourage

3) Une stratégie « indiquée » :

- pour des personnes vulnérables bien précises, comme celles sortant d'hospitalisation après une tentative de suicide, ou les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide ou ayant un trouble psychiatrique
- la sensibilisation et la formation des professionnels de santé à identifier et prendre en charge les troubles mentaux, les abus nocifs de l'alcool ou de substances psychoactives autres.

V. CONCLUSION

Les tentatives de suicides en Nouvelle-Calédonie ont été caractérisées et le profil du suicidant établi. Même si cette étude n'a concerné que les patients consultant aux urgences du Centre Hospitalier Territorial de Nouméa, cette méthode de mesure est fiable et représentative.

Le phénomène suicidaire existe en Nouvelle-Calédonie, mais il n'est pas aussi important qu'en France métropolitaine. On constate en Nouvelle-Calédonie moins de consultations aux urgences pour tentative de suicide et moins de décès par suicide par an. La non-médicalisation de la tentative de suicide ne doit pas être négligée, surtout dans un pays où la maladie mentale reste encore taboue et connotée parfois à des croyances mystiques.

L'étude comparative avec les Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol, du département des Côtes-d'Armor en Bretagne, nous montre que ce qui fait probablement la gravité du problème suicidaire en Bretagne, c'est la prévalence élevée des facteurs de risques. D'avantage d'intoxications éthyliques, de personnes célibataires, d'antécédents de tentative de suicide, de troubles psychiatriques et d'épisodes dépressifs. Ce qui fait la particularité du suicidant Néo-calédonien, c'est sa jeunesse et les troubles de la personnalité et du comportement dont il souffre, hérités d'une histoire difficile. La cohabitation de différentes cultures et l'acculturation peuvent être difficile à vivre, et provoquer des passages à l'acte suicidaire. Des programmes de prévention s'orientant vers les jeunes sont nécessaires.

Cette étude a défini les facteurs de risque des tentatives de suicide en Nouvelle-Calédonie. Cependant, la tentative de suicide ne concerne qu'une partie du problème du suicide. Il y a aussi toutes les personnes qui se suicident sans prémisses de tentative. C'est la raison pour laquelle, est actuellement en cours en Nouvelle-Calédonie, une étude internationale de l'OMS, intitulée START (Suicide Trends in At-Risk Territories ou tendances suicidaires dans les territoires à risques). Elle consiste en la réalisation d'entretiens avec les familles endeuillées par le suicide d'un proche, dans le but d'une autopsie de la psychopathologie du suicidé. Le profil de la personne à risque de suicide sera ainsi proposé avec sûrement des conséquences sur la prévention. Ce travail pourra faire l'objet d'une nouvelle thèse.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Terrier C. L'histoire de la Nouvelle-Calédonie. Maison de La Nouvelle-Calédonie, 2010. Disponible sur www.mncparis.fr/uploads/histoire-mnc.pdf, consulté le 7 janvier 2015.
2. Institut des Statistiques et des Etudes Economiques de Nouvelle-Calédonie, recensement de la population en 2011. Disponible sur www.isee.nc consulté le 7 janvier 2015.
3. Rivoilan P, Broustet D. Synthèse du recensement de la population de Nouvelle-Calédonie en 2009. Institut de la Statistique et des Etudes Economiques de Nouvelle-Calédonie. Page 3. Disponible sur www.isee.nc/component/phocadownload/category/197-analyse?download=773:recensement-de-la-population-2009, consulté le 7 janvier 2015.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. 2014 ; pages 7-9. Disponible sur www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/preventing-suicide-a-global-imperative consulté le 7 janvier 2015
5. Zeldine G. Sociologie des maladies mentales en Nouvelle-Calédonie : approche statistique (1965-1977). Annales Médico-Psychologiques, 1981, Vol. 139, n°4, 385-408.
6. Poinso F, Vedié C. Étude statistique des maladies mentales en Nouvelle-Calédonie. Annales Médico-Psychologiques, 1991, Vol. 149, n°8.
7. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, unité 687 de l'Hôpital Paul Brousse à Villejuif. Situation sociale et comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie. Mars 2008 ; pages 66-72. Disponible sur www.ass.nc/publication/doc_download/319-, consulté le 7 janvier 2015.
8. F Callandreau. Santé mentale en Nouvelle-Calédonie : images et réalités. Centre Collaborateur de L'Organisation Mondial de la Santé à Lille. Décembre 2009.
9. B Goodfellow, L Defromont, F Calandreau, JL Roelandt. International Journal of Mental Health 2010; vol. 39, no. 1: 82–98.
10. Charvy P. Accueil des suicidants au Centre Hospitalier Territorial de Nouméa : Particularités sociodémographiques [thèse]. Angers : Faculté de médecine d'Angers ; 21 octobre 2012.
11. France Réseau des Addictologues Comportementalistes et Tabacologues. Echelle d'intentionnalité de Beck. Disponible sur www.fractal.asso.fr/index3.php?art=article&categorie=17&article=371, consulté le 7 janvier 2015.
12. Pennognon L, Clappier P. Etude des tentatives de suicide et des récidives prises en charge dans les services d'urgence des Centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol. Janvier 2013. Disponible sur le site de l'Observatoire Régional de Santé en Bretagne, www.orsbretagne.typepad.fr consulté le 7 janvier 2015.

13. Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques de France. Pays de Guingamp et Pays de Tregor-Goelo. Disponible sur le site de l'INSEE, www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=2&ref_id=1179, consulté le 14 janvier 2015
14. Institut National de Veille Sanitaire pour l'Observatoire National des Suicides. Suicide, état des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Novembre 2014 ; page 144. Disponible sur www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons,11209.html, consulté le 4 janvier 2015
15. Chan-Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. Bulletin épidémiologique hebdomadaire ; 13 décembre 2011 ; n°47-48 :493-497.
16. Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie. Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie en 2013. Modes de vie et comportements à risque ; I.5.1. L'alcoolisme. Disponible sur www.dass.gouv.nc, consulté le 11 janvier 2015.
17. Institut National de Veille Sanitaire pour l'Observatoire National des Suicides. Suicide, état des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Novembre 2014 ; pages 144-146. Disponible sur www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons,11209.html, consulté le 4 janvier 2015
18. Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie. Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie en 2013 ; II.1.2. Lits et places d'hospitalisation. Disponible sur www.dass.gouv.nc, consulté le 11 janvier 2015.

VII. TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Pyramide des âges des tentatives de suicide chez les hommes et les femmes pris en charge au CHT de Nouméa	14
Figure 2 : Taux spécifiques des tentatives de suicide prises en charge au CHT de Nouméa, selon l'âge et le sexe pour 10 000 habitants. Population de référence au 1^{er} janvier 2011 selon l'Institut des Statistiques et des Etudes Economiques de Nouvelle-Calédonie	15
Figure 3 : Répartition des tentatives de suicide prises en charge au CHT de Nouméa, par communautés d'appartenance déclarées	15
Figure 4 : Répartition des toxiques pris lors des tentatives de suicide faites en Nouvelle-Calédonie	16
Figure 5 : Répartition des tentatives de suicide prises en charge au CHT de Nouméa, par mode opératoire et par sexe	17
Figure 6 : Répartition des tentatives de suicide prises en charge aux Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol, selon le mode opératoire et le sexe	17
Figure 7 : Répartition des tentatives de suicide prises en charge au CHT de Nouméa, selon le lieu où elles ont été réalisées	18
Figure 8 : Répartition des patients suicidants par nombre de tentatives de suicide faites pendant les quatre années d'étude au CHT de Nouméa	20
Figure 9 : Pyramide des âges des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa	21
Figure 10: Pyramide des âges des suicidants pris en charge aux Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol	21
Figure 11 : Répartition par communautés de la population générale au recensement de 2009, et de celle des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa	22
Figure 12 : Répartition des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa, selon le sexe et la communauté d'appartenance	22
Figure 13 : Répartition des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa selon le niveau d'études déclaré	23
Figure 14 : Répartition des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa et aux Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol, selon leurs statuts matrimoniaux	23
Figure 15 : Répartition des suicidants pris en charge au CHT de Nouméa et aux Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol, selon leurs activités professionnelles	24
Figure 16 : Répartition des diagnostics psychiatriques posés selon la CIM-10, chez les suicidants pris en charge au CHT de Nouméa et aux Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol	25
Figure 17 : Répartition des évènements traumatiques déclarés par les suicidants pris en charge au CHT de Nouméa	26

VIII. TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Nombre de consultations pour tentative de suicide par an, aux urgences du Centre Hospitalier Territorial de Nouméa et des Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol	14
Tableau II : Résumé des caractéristiques des hospitalisations en psychiatrie pour tentative de suicide en Nouvelle-Calédonie	18
Tableau III : Résultats comparatifs des études Néo-Calédonienne et Bretonne	27

IX. TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	9
I.1. Géographie de la Nouvelle-Calédonie	9
I.2. Histoire de la Nouvelle-Calédonie	9
I.3. Caractéristiques sociodémographiques de la Nouvelle-Calédonie	9
I.4. Les études menées sur les tentatives de suicide en Nouvelle-Calédonie	10
II. METHODES	12
II.1. Type d'étude et population étudiée	12
II.2. Variables étudiées	12
II.3. Gestion des données et analyses	13
II.4. Conditions éthiques	13
II.5. Choix de l'étude comparative métropolitaine	13
III. RÉSULTATS	14
III.1. Caractéristiques des tentatives de suicide	14
III.1.1. Nombre de tentatives de suicide	14
III.1.2. Le sexe et l'âge	14
III.1.3. Les communautés d'appartenance	15
III.1.4. L'association à des toxiques	16
III.1.5. Les modes de tentatives de suicide	16
III.1.6. Les hospitalisations en psychiatrie	18
III.1.7. Le lieu de la tentative de suicide	18
III.1.8. L'intentionnalité suicidaire	19
III.1.9. La sévérité somatique	19
III.2. Caractéristiques des patients suicidants	20
III.2.1. Nombre de tentatives de suicide par suicidant pendant l'étude	20
III.2.2. Le sexe et l'âge des suicidants	20
III.2.3. Les communautés d'appartenance des suicidants	22
III.2.4. Le niveau d'études des suicidants	23
III.2.5. Le statut matrimonial des suicidants	23
III.2.6. L'activité professionnelle des suicidants	23
III.2.7. Les antécédents psychiatriques et les diagnostics posés	24
III.2.8. Les antécédents de tentatives de suicide avant l'étude	25
III.2.9. Les antécédents d'évènements traumatiques	25
IV. DISCUSSION	27
IV.1. Commentaires sur les résultats observés	28
IV.2. Commentaires sur la méthodologie	29
IV.3. Perspectives	30
V. CONCLUSION	32
VI. BIBLIOGRAPHIE	33
VII. TABLE DES FIGURES	35
VIII. TABLE DES TABLEAUX	36
IX. TABLE DES MATIÈRES	37

X.	ANNEXE	39
XI.	PERMIS D'IMPRIMER	40

X. ANNEXE

1. Extrait du mail adressé par le Docteur Erica MANCEL, présidente du Comité d’Ethique du Centre Hospitalier Territorial de Nouméa, au Docteur Jean-Yves CHARLOT, psychiatre et initiateur de l’étude.

Le 12 septembre 2014, le Comité d’Ethique du Centre Hospitalier Territorial de Nouméa a émis « un avis favorable à l’unanimité au sujet d’une rétrospective (enquête menée entre 2010 et 2014 pour laquelle le protocole avait été validé en 2012) concernant une cohorte de patients anonymes. »

XI. PERMIS D'IMPRIMER

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Madame Emmanuelle SIBILLE

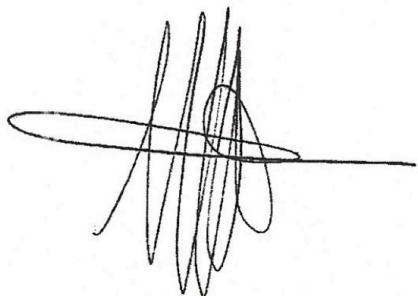
Vu, le Directeur de thèse

 **CHS Albert-Bousquet**
Psychiatrie générale

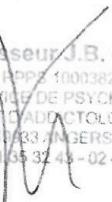
Dr J-Y. CHARLOT
psychiatre

Numéro
d'identification
11321 F

B.P. 120 - 98845 Nouméa Cedex
Nouvelle-Calédonie Tél. : (687) 24.36.67
Fax : (687) 24.36.66



Vu, le Président du jury de thèse


Professeur J.B. GARRE
N° PPLZ 10003826046
SERVICE DE PSYCHIATRIE
ET D'ADDICTION
CHU - 49033 ANGERS CEDEX 9
Tél. 02 41 05 32 48 - 02 41 35 32 44

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**


Professeur I. RICHARD



Vu et permis d'imprimer

**Etude épidémiologique des tentatives de suicide prises en charge aux urgences du Centre Hospitalier Territorial de Nouméa entre 2010 et 2014.
Comparaison avec une étude similaire menée dans les Côtes-d'Armor.**

RESUME

Le suicide est un problème de santé publique mondial. Le principal facteur de risque en population générale est l'antécédent de tentative de suicide. L'objectif de cette étude était d'évaluer les caractéristiques des tentatives de suicide en Nouvelle-Calédonie, et de comparer ces résultats avec ceux d'une étude similaire réalisée en France métropolitaine.

C'est une étude épidémiologique rétrospective, menée sur dossiers, des patients ayant consulté aux urgences du Centre Hospitalier Territorial de Nouméa pour une tentative de suicide, entre 2010 et 2014. Plusieurs caractéristiques étaient recueillies et analysées. Ces résultats ont été comparés à ceux d'une étude menée de 2011 à 2012, dans trois Centres Hospitaliers des Côtes-d'Armor.

1049 tentatives de suicide pour 874 patients pris en charge, soit 13% de récidives. Les patients étaient des femmes (70%), l'âge moyen était de 36 ans. La majorité vivait en couple (50%), avait un travail (44%), un niveau d'études pré-bac (50,3%), et se déclaraient tahitiens, européens et calédoniens. Le mode opératoire était l'intoxication médicamenteuse volontaire (75%), réalisée à domicile (86%). 17% des patients ont été hospitalisés en psychiatrie. Dans l'étude bretonne, la moyenne d'âge était plus élevée (43 ans), il y avait davantage de célibataires (43%), d'intoxications éthyliques (40% contre 21%), d'antécédents de tentatives de suicide (54% contre 39%) et d'antécédents psychiatriques (62% contre 47%), principalement des épisodes dépressifs.

L'identification de facteurs de risque de tentative de suicide constitue une approche pour l'élaboration d'une stratégie de prévention, notamment auprès des jeunes.

MOTS-CLES

Tentative de suicide
Suicide
Urgences

FORMAT

Mémoire
 Article¹ : à soumettre soumis accepté pour publication publié
suivi par : Monsieur le Docteur Jean-Yves CHARLOT

¹ statut au moment de la soutenance