

BEH

La mortalité par suicide en Loir-et-Cher, de 1989 à 1996, p. 113
Bilan de la 1^{re} année de surveillance de la grippe et de la dengue à La Réunion, p. 114

N° 26/1998

30 juin 1998

ENQUÊTE

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN LOIR-ET-CHER DE 1989 À 1996

GUIGUE Laurent, GALLAY Anne, DDASS de Loir-et-Cher, 41, rue d'Auvergne, 41000 Blois

Cette étude s'inscrit dans la lignée du constat établi en 1987 par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de la région Centre, faisant état d'un fort taux de mortalité par suicide chez les personnes âgées. Ce taux, en Loir-et-Cher, était supérieur à celui de la moyenne nationale et à ceux des autres départements de la région Centre. L'objectif de la présente étude répondait à la demande du Préfet de Loir-et-Cher de connaître les caractéristiques épidémiologiques du suicide dans le département et de tenter d'en préciser les facteurs de risque.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette enquête épidémiologique rétrospective descriptive a été réalisée grâce à l'analyse des données figurant sur les certificats de décès par suicide recueillis par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de Loir-et-Cher entre janvier 1989 et décembre 1996. Les informations prises en compte étaient les suivantes : sexe, âge, domicile, nationalité, statut matrimonial, profession, date et lieu du décès, moyen utilisé, état morbide préexistant ou non.

Les chiffres régionaux et nationaux relatifs au suicide étaient ceux de l'INSERM. Un ajustement sur l'âge a été réalisé par standardisation directe afin d'autoriser la comparaison entre les différentes populations étudiées ; lors de comparaisons de taux de mortalité par suicide entre Loir-et-Cher, région Centre et France, la population de référence était la population nationale ; lors de leur comparaison entre différents groupes de population de Loir-et-Cher (arrondissements...), la population de référence était celle de Loir-et-Cher. Dans le premier cas, les données démographiques ont été exploitées à partir du recensement de 1990 ; dans le second cas, les projections démographiques de l'INSEE pour le Loir-et-Cher ont également été exploitées. Lors de l'analyse impliquant les données relatives au statut matrimonial ou à l'activité professionnelle, seule la population âgée de 15 ans et plus a été retenue.

L'analyse statistique a été menée à l'aide du logiciel Epi-Info, version 6. Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide de l'ANOVA, les variables qualitatives à l'aide du test du Chi-2 et de la loi normale centrée réduite (en admettant l'approximation normale de la loi de Poisson).

RÉSULTATS

Au total, 676 suicides ont été recensés en Loir-et-Cher entre 1989 et 1996. Sur la même période, le taux de mortalité par suicide se situait à 25,7 pour 100 000 personnes-années (P.A.) en Loir et Cher (soit 2,55 % des décès), 20,5 pour 100 000 P.A. en région Centre (soit 2,65 % des décès), et 20,7 pour 100 000 P.A. en France (soit 2,22 % des décès). La différence entre chacun de ces taux (standardisés) n'était pas significative ($p = 0,06$ entre Loir-et-Cher et France ; $p = 0,07$ entre Loir-et-Cher et région Centre).

Parmi la population âgée de 75 ans et plus, le taux de mortalité par suicide était de 75,6 pour 100 000 P.A. en Loir-et-Cher, et de 73,4 pour 100 000 P.A. en région Centre ; ces taux (standardisés) étaient significativement supérieurs au taux de mortalité par suicide en France qui se situait à 47,8 pour 100 000 P.A. (respectivement, $p < 0,05$ et $p < 0,001$).

1 % des suicidés étaient de nationalité étrangère, contre 4 % d'étrangers dans la population de Loir-et-Cher (différence non significative).

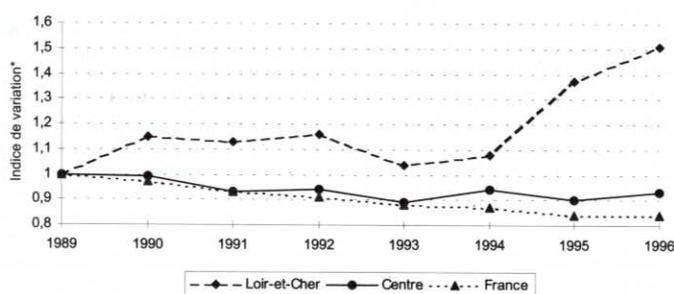
En Loir-et-Cher, la population masculine représentait 76 % des cas de suicide sur la période étudiée (sex ratio H/F = 3,2), avec un taux de 42 pour 100 000 P.A., alors qu'il était de 13 pour 100 000 P.A. dans la population féminine ($p < 0,001$).

L'évolution du taux de mortalité par suicide de 1989 à 1996 était marquée par une augmentation depuis 1992, passant de 22 à 32 pour 100 000 en 1996 ($p < 0,05$), et touchant les deux sexes de manière sensiblement équivalente.

L'âge moyen des suicidés était de 57 ans : 60 ans chez les femmes et 56 ans chez les hommes ($p < 0,05$). Les personnes âgées de 75 ans ou plus repré-

sentait 26 % des cas de suicide, proportion significativement plus élevée ($p < 0,001$) que dans l'ensemble de la population départementale (9,5 %). L'évolution de la mortalité par suicide dans cette tranche d'âge était marquée par une aggravation continue de 1993 à 1996 (de 68 à 121 décès par suicide pour 100 000 habitants de plus de 75 ans), alors que l'on enregistrerait une diminution modérée de ce même taux en région Centre et en France entière, entre 1989 et 1996 (fig. 1). Cette évolution, associée à une aggravation récente constatée dans la tranche d'âge 35-54 ans, expliquait en grande partie l'augmentation globale du taux de suicides tous âges confondus. Le taux de mortalité par suicide était maximal au-delà de 75 ans, sexes confondus. En deçà de 75 ans, ce taux prédominait entre 45 et 54 ans chez les hommes, et entre 55 et 64 ans chez les femmes (fig. 2).

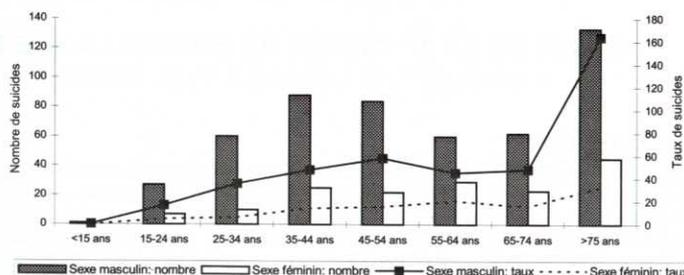
Figure 1. - Évolution du taux de suicides chez les personnes âgées de 75 ans et plus, de 1989 à 1996



* Indice de variation = taux comparatif lissé de suicides de l'année considérée / taux comparatif lissé de 1989.

Population de référence = population âgée de 75 ans et plus - France entière - recensement de 1990.

Figure 2. - Nombre et taux de suicides selon l'âge et le sexe



Le suicide représentait en Loir-et-Cher en 1996 1,5 % des décès chez les personnes de plus de 75 ans, et plus de 20 % dans la tranche d'âge 15-34 ans. Parmi les suicidés dont le statut matrimonial était connu, 47 % étaient mariés. La répartition de chaque situation matrimoniale parmi les suicidés d'une part, et parmi la population de Loir-et-Cher d'autre part, ne différait significativement ($p < 0,01$) que pour la catégorie des veufs (22 % parmi les suicidés, 8 % dans l'ensemble du département). La comparaison des taux de mortalité par suicide en fonction du statut matrimonial, après standardisation, montrait que le divorce ($p < 0,05$), le veuvage ($p < 0,01$) et le célibat ($p < 0,01$) augmentaient significativement le risque de passage à l'acte par rapport au mariage (tabl. 1). Dans 18 % des cas, le statut matrimonial n'était pas connu.

Tableau 1. - Comparaison des taux de suicides selon le statut matrimonial

	Mariés (population de référence)	Célibataires	Divorcés	Veufs
Age moyen	58 ans	39 ans	54 ans	79 ans
Odds Ratio (IC de Cornfield)	- -	2,08 (1,19-3,61)	2,77 (0,94-7,53)	2,87 (1,41-5,76)
Taux de suicides pour 100 000 Pa (standardisé sur l'âge)	19,1	39,5	49,8	53,8

Parmi les suicidés dont la catégorie socioprofessionnelle (CSP) était connue, 52 % étaient des retraités, contre une proportion de 28 % de retraités sur l'ensemble du département ($p < 0,001$). Ensuite venaient les ouvriers (14 %), puis les employés (11 %). Dans 13 % des cas, la situation professionnelle n'était pas mentionnée. Concernant la population active, les proportions de chaque CSP parmi les suicidés et parmi l'ensemble de la population départementale ne différaient pas significativement. De même, la comparaison entre eux des taux de mortalité par suicide selon la CSP, après standardisation, ne montrait pas de différence significative.

La pendaison était le moyen le plus fréquemment utilisé quel que soit le sexe (44 %), puis l'arme à feu (29 %), surtout chez les hommes (35 %), et la noyade (10 %), surtout chez les femmes (30 %). Ensuite venaient les suicides par intoxication médicamenteuse (7 %), les suicides sur la voie publique (5 %), les suicides par asphyxie, arme blanche, immolation ou défenestration (5 %).

Parmi les personnes âgées de plus de 75 ans, 55 % étaient décédées suite à une pendaison, alors que l'origine du décès chez les personnes âgées de moins de 35 ans était le plus fréquemment l'arme à feu (39 %).

56 % des suicidés étaient décédés à leur domicile, 11 % en structure de soins ou d'hébergement, 6 % sur la voie publique. Dans 27 % des cas, l'information n'était pas précisée.

La différence entre les taux de mortalité par suicide en zone rurale (29 pour 100 000 P.A.) et en zone urbaine (21 pour 100 000 P.A.) était non significative. Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, cette différence était beaucoup plus prononcée, proche du seuil de signification ($p = 0,07$) : 111 décès par suicide pour 100 000 P.A. en zone rurale contre 45 pour 100 000 P.A. en zone urbaine (zones rurales et urbaines définies par l'INSEE).

Les données relatives à l'existence de troubles psychiques sous-jacents mentionnaient dans 43 % des cas un terrain dépressif, une schizophrénie dans 1 % des cas, et une autre pathologie psychiatrique dans 2 % des cas. Sur le plan somatique, on recensait 3,5 % de sujets alcooliques, 3,5 % de sujets atteints d'une pathologie cancéreuse et/ou incurable, et 3 % de sujets atteints d'un handicap physique sévère.

DISCUSSION

Les données épidémiologiques seules sont insuffisantes pour cerner la totalité des facteurs de risque du suicide ; l'étude du contexte socio-économique, familial, médical, psychologique (...) dans lequel survient le suicide permettrait certainement d'obtenir des informations complémentaires des précédentes, mais sa réalisation est beaucoup plus délicate, difficile, et source de biais potentiels. Il en est de même pour les tentatives de suicide, dont l'analyse et ses conclusions doivent rester prudentes vis-à-vis de la conduite à tenir face au suicide : un déplacement des priorités d'action sur une population de suicidants aux caractéristiques très différentes de celles des suicidés

pourrait amener à négliger les populations « qui ne se ratent pas » (et vice versa) [1].

L'accroissement de la fréquence du suicide chez les personnes âgées en Loir-et-Cher semble paradoxal si l'on se réfère à l'évolution constatée sur le plan national, celle-ci allant plutôt dans le sens d'une réduction du taux de mortalité par suicide au-delà de 75 ans (fig. 1), et d'une aggravation chez les jeunes [3,4]. Ce constat est d'autant plus préoccupant que les projections statistiques de l'INSEE estiment que la population de personnes âgées de 60 ans et plus en Loir-et-Cher aura doublé en l'an 2020. Il faut également souligner la sous-évaluation des statistiques nationales de mortalité par suicide (d'environ 10 à 20 % selon l'INSERM), certains suicides restant méconnus du fait de leur non-déclaration par les instituts médicaux-légaux ou de l'imprécision de la certification [2,3]. Cependant, ce constat ne semble pas devoir modifier fondamentalement la tendance évolutive de la mortalité par suicide, notamment en fonction de l'âge [3].

La mise en cause de l'isolement croissant des personnes âgées en Loir-et-Cher paraît légitime, bien que celui-ci soit vraisemblablement la conséquence de choix individuels et non d'une politique départementale effrénée de maintien à domicile, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées étant par ailleurs voisin du taux national en 1996. Il faut également voir les conséquences d'une diminution du solde migratoire (depuis plus de 20 ans) et du rythme annuel de croissance, responsable d'une « désertification » progressive du département. Le Loir-et-Cher est un département plutôt rural, dont l'activité économique reste fortement axée sur l'agriculture, et il serait intéressant de pouvoir comparer l'évolution du taux de mortalité par suicide en Loir-et-Cher à celle des autres départements également de type rural, afin de préciser s'il s'agit d'une tendance isolée ou d'un trait commun aux départements dans lesquels ce type d'habitat prédomine.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude soulèvent le problème du suicide chez les personnes âgées, souvent masqué par l'impact du phénomène chez les plus jeunes par rapport aux autres causes de mortalité. Les personnes âgées vivant en Loir-et-Cher seraient-elles davantage exposées à des facteurs de risque mal identifiés, venant s'intégrer dans un mode de vie essentiellement rural ? A moins que certaines de leurs caractéristiques les rendent trop différentes et non représentatives de la population nationale appartenant à la même classe d'âge ? Durkheim trouverait peut-être là un argument supplémentaire venant conforter sa théorie du suicide considéré comme un acte « collectif » plus qu'individuel, s'inscrivant dans un contexte socio-culturel précis en interaction avec chaque individu [5].

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CHAPPELLON S. – **Suicide et tentative de suicide dans les Pays de la Loire** – Actualité et dossier en santé publique, 1997 ; 18 : 17-20.
- [2] EL M'RINI T., CSASZAR GOUTCHKOFF M., BIZOUARD P. – **Épidémiologie du suicide dans le département du Doubs** – BEH, 1996 ; 20 : 90-91.
- [3] HATTON F., FACY F., LETOULLEC A. – **Évolution récente de la mortalité par suicide en France (1985-1994)** – BEH, 1996 ; 30 : 132-133.
- [4] HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE – **La santé en France** – La documentation Française, 1996, p. 38-41.
- [5] DURKHEIM E. – **Le suicide** – Paris, Presses universitaires de France, 1976 ; 469 p.

LE POINT SUR...

BILAN DE LA 1^{re} ANNÉE DE SURVEILLANCE DE LA GRIPPE ET DE LA DENGUE À LA RÉUNION

P. GRIZEAU *, C. LASSALLE **, H. ISAUTIER *, O. BAGNIS **, A. MICHAULT ***, H.G. ZELLER ****

INTRODUCTION

L'île de La Réunion, un des quatre départements français d'Outre-Mer, se situe dans l'océan indien entre l'équateur et le tropique du Capricorne, avec à l'ouest Madagascar et au nord les Seychelles. La Réunion est une île volcanique et montagneuse, d'une superficie de 2 512 km². Le climat tropical est chaud et humide. L'île connaît deux saisons : l'été ou période cyclonique, chaud et humide (de novembre à avril) et l'hiver, sec et frais (de mai à octobre).

Le découpage géographique de ce département ne fait pas apparaître une distinction entre les communes rurales et urbaines, mais sépare les zones des « Hauts » et des « Bas ». La population des Bas, la plus importante, concentrée sur les étroites plaines littorales, est urbaine, alors que celle des

Hauts de l'île est principalement rurale. La population s'élève à 664 200 habitants, soit une densité de 265 habitants par km².

La circulation du virus de la grippe dans l'Océan Indien a été documentée par l'Institut Pasteur de Madagascar [1,2]. Aucune donnée épidémiologique n'était disponible à La Réunion, département qui applique pourtant la politique nationale de prévention par vaccination des groupes à risques (avec une campagne différée : 2 janvier au 31 mars).

La dengue a été à l'origine de plusieurs épidémies dans la région Océan Indien dont la plus récente est celle survenue aux Comores en 1993 [3]. Elle n'a jamais été identifiée à Madagascar. A la Réunion, une épidémie de type 2 [4] est survenue en 1977-1978 et aurait affecté le tiers de la population [5]. Depuis cette date, aucune information n'est disponible sur la circulation éventuelle du virus.

La création d'un réseau de surveillance épidémiologique de la Dengue et de la Grippe répondait à l'objectif de documenter la circulation des virus et de la dengue et de la grippe à la Réunion afin de prévoir des moyens d'intervention en urgence en cas d'épidémie (dengue) ou de promouvoir la vaccination adaptée à la bonne période de l'année (grippe).

* Conseil Général de la Réunion : CEPES/LDEHM, 12, rue Jean Chatel, 97400 Saint-Denis.

** DDASS de la Réunion, 2, avenue G. Brassens, B.P. 9, 97408 Saint-Denis Messag Cedex 9.

*** CHSR, service de bactériologie-parasitologie-virologie, BP 350, 97448 Saint-Pierre Cedex.

**** Institut Pasteur de Madagascar, Unité de Virologie, BP 1274 Antananarivo 101 Madagascar.