

Données biologiques

Sur les 368 dossiers de patients positifs, seuls 78 résultats de numérations plaquettaires ont pu être exploités. Ainsi une thrombopénie avec un chiffre de plaquettes inférieur à 100 000/mm³ a pu être observé dans 32 cas (41 %). 3 patients ont présenté une thrombopénie inférieure à 10 000 plaquettes/mm³, parmi ceux-ci 1 a développé une dengue hémorragique avec syndrome de choc (stade IV de la classification O.M.S.).

Dengue hémorragique : 2 cas de dengue hémorragique ont été rapportés par les médecins, ces 2 cas ont touché des hommes, sans antécédent notable; 1 s'est révélé fatal.

DISCUSSION

Cette enquête rétrospective a documenté l'endémie et l'épidémie de dengue en Martinique durant l'année 1995 et permis de décrire le premier cas observé de dengue hémorragique dans l'île. Du mois de janvier au mois de juillet, les taux des positivités sérologiques sont superposables à ceux retrouvés lors des années antérieures, la vague épidémique apparaissant dès le mois d'août. La symptomatologie observée dans notre série est classique par rapport aux données de la littérature.

Cette étude rétrospective soulève plusieurs problèmes qui sont principalement la non-détection biologique des formes précoces, la non-systématisation du diagnostic sérologique devant tout syndrome apparenté à la dengue, la probable sous-évaluation des cas de dengue hémorragique :

- la technique de sérodiagnostic utilisée ne peut être interprétable que sur un prélèvement sanguin pratiqué au moins 6 jours après le début des signes cliniques. Avant ce délai, seules les techniques de diagnostic virologique direct (culture virale et P.C.R.) permettent la mise en évidence de l'infection. Ainsi, la détection de constituants génomiques viraux par P.C.R. effectuée sur 24 sérums de sujets prélevés trop précocement pour permettre un isolement des IgM s'est révélée positive pour 6 échantillons (25 %) mettant en évidence la circulation des sous-types 1, 2 et 4;

- de nombreux médecins s'arrêtent au simple diagnostic clinique de la dengue. Or, la symptomatologie de cette arbovirose est loin d'être spécifique et de nombreux agents pathogènes, principalement viraux peuvent entraîner un tableau clinique identique;

- les critères de l'O.M.S. définissant la dengue hémorragique sont relativement stricts et font intervenir un signe du lacet qui n'est jamais mis en évidence par les cliniciens et des perturbations biologiques qui ne sont que rarement recherchées.

Il semble donc que l'incidence de la maladie sous ses formes banale ou hémorragique soit actuellement sous-estimée en Martinique.

ASPECTS ENTOMOLOGIQUES

Aedes aegypti est actuellement le seul vecteur de la dengue en Martinique comme dans les autres pays de la Caraïbe. En Martinique, ses gîtes majeurs sont d'origine anthropique : vases à fleurs, récipients de réserve d'eau, vieux pneus et autres déchets de la consommation. De ce fait, la stratégie de lutte antivectorielle est axée sur l'information de la population, l'assainissement du milieu et l'emploi des insecticides.

En période normale, les activités de prévention sont dominées par des actions de proximité à l'occasion des visites domiciliaires :

- conseils à la population pour la suppression physique de certains gîtes, information au niveau des écoles, dans les quartiers, collaboration avec les services techniques municipaux;

- traitements chimiques des gîtes « utiles » tels les réserves d'eau (fûts, citernes). Le produit utilisé est le Témephos ou Abate R (organophosphoré) en granulés à 1 %, à la dose de 1 mg de matière active par litre d'eau. Ce produit est un excellent larvicide;

- traitements chimiques anti-adultes dans les zones où les indices entomologiques sont les plus élevés, notamment l'indice de Breteau pondéré (mis au point par le service démoustication comme outil d'aide à la décision). Le produit utilisé est la K Othrine (pyréthrine) en U.L.V.

En période d'urgence (période d'épidémie), toutes ces mesures sont intensifiées et il est surtout fait appel à la participation de la population pour les mesures au niveau individuel : destruction des gîtes, protection individuelle. Les épandages d'insecticides par voie aérienne, pratique très coûteuse et dont l'efficacité est de plus en plus discutée n'ont pas été envisagés en 1995. Le recours aux épandages aériens dans la lutte antivectorielle en Martinique remonte à 1981. À l'époque on avait surtout enregistré de nombreux dégâts au niveau des abeilles et des peintures de voitures, dégâts consécutifs au produit utilisé (Fénitrothiol) et à la mauvaise maîtrise de la technique.

CONCLUSION

Ce travail amène à revoir la surveillance épidémiologique de l'arbovirose par une meilleure coordination entre cliniciens, épidémiologistes, entomologistes et biologistes médicaux, par la mise en place de nouvelles techniques de diagnostic virologique et par une meilleure information du corps médical.

Un fait positif émane néanmoins de cette investigation, c'est la sensibilisation précoce des médecins quant à l'émergence d'une épidémie dans les régions voisines qui n'a pas été étrangère à l'augmentation sensible du nombre de sérologies prescrites et donc aux taux de séropositivités retrouvés.

ENQUÊTE

ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE DANS LE DÉPARTEMENT DU DOUBS

EL M'RINI T.*, CSASZAR GOUTCHKOFF M.***, BIZOUARD P.***

Chaque année, en France, environ 12 000 personnes décèdent suite à un suicide. Un sentiment d'impuissance et de fatalité prédomine face à ce problème. À partir des certificats de décès des sujets domiciliés dans le département du Doubs, nous proposons une approche épidémiologique des suicides qui sera plus descriptive qu'analytique en raison du caractère rétrospectif de l'étude.

L'objectif de cette étude est de montrer que certains décès auraient pu être évités.

POPULATION ET MÉTHODE

Une enquête épidémiologique descriptive rétrospective a été réalisée à la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales du Doubs (D.D.A.S.S.). Les certificats de décès par suicide ont été systématiquement recueillis de juin 1993 à janvier 1995. Les patients inclus étaient ceux résidant dans le Doubs et dont la mort était due à un suicide. La définition du décès par suicide repose sur 3 conditions :

- que la mort ne soit pas naturelle;
- que le sujet décédé soit à l'origine de sa propre mort;
- qu'il soit prouvé que le patient voulait mettre fin à ses jours [1].

Les certificats retenus étaient ceux qui portaient la mention suicide en cause de décès. Les sujets morts par pendaison ou par arme étaient retenus sauf si le caractère accidentel ou criminel était mentionné. Les sujets décédés d'une surdose de toxique, d'une noyade ou suite à une défenestration n'étaient retenus que si la mention suicide ou état dépressif apparaissait.

Les suicides étaient répertoriés par mode : armes (armes à feu et armes blanches dans 2 cas), noyade, ingestion volontaire de toxiques médicamenteux ou non, inhalation de gaz de ville ou d'échappement, pendaison, traumatisme (défenestration, passage sous un train ou sous une voiture, chute volontaire) et « autre » (phlébotomies, mode non précisé). Les données concernant la population totale du Doubs sont celles issues du recensement de 1990. Les taux calculés ont pour dénominateur le nombre de personnes-années exposées durant la période. Les analyses univariées ont été réalisées à l'aide du test du Chi 2 et de l'analyse de variance.

* Département de Santé publique, C.H.U. Besançon.

** D.D.A.S.S. du Doubs, rue de la Préfecture, 25000 Besançon.

*** Service de psychiatrie, C.H.U. Besançon.

Tableau 1. – Distribution selon l'âge et le sexe des suicidés : Doubs 1993-1995

Sexe	Tranches d'âge							
	< 15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	> 75
Masculin : nombre	1	13	29	31	11	12	21	6
Taux pour 100 000 P.A.	1	18	49	53	27	32	95	39
Féminin : nombre	0	3	5	8	7	6	9	2
Taux pour 100 000 P.A.	0	5	9	14	18	15	32	7
Total : nombre	1	16	34	39	18	18	30	8
Taux pour 100 000 P.A.	1	13	28	32	22	23	58	17
Sex-ratio taux M/F $p > 0,5$ N.S.	-	3,6	5,4	3,8	1,5	2,1	3,0	5,6

RÉSULTATS

De juin 1993 à janvier 1995, 178 personnes sont décédées consécutivement à un suicide sur le département du Doubs, soit un taux de mortalité par suicide de 23/100 000 P.A. (Personnes-années). Le sex-ratio H/F était de 3 (dans un cas le sexe n'était pas documenté). L'âge moyen était de 46 ans (S.D., Standard Deviation = 18) [tabl. 1]. Les sujets âgés de plus de 64 ans représentaient 23 % de l'ensemble des suicidés, pourcentage significativement plus élevé ($p < 0,001$) que dans l'ensemble de la population du Doubs (12 % de plus de 64 ans).

94 % des suicidés étaient de nationalité française. Le pourcentage des suicidés de nationalité étrangère n'était pas significativement différent ($p > 0,2$) de celui de la population totale du Doubs qui était de 7,2 %. 32 % des sujets habitaient une commune rurale et 68 % une commune urbaine (classification I.N.S.E.E.). Il n'existait pas de différence significative par rapport à la répartition de la population totale du Doubs.

92 (sur les 178 sujets) n'avaient pas d'activité professionnelle (51,5 %). La moitié des sans activité professionnelle était des retraités, 30 % étaient des personnes de moins de 60 ans n'ayant jamais travaillé, les autres étaient soit des étudiants, soit des lycéens, soit des chômeurs n'ayant jamais travaillé (1 cas) ou des personnes de plus de 60 ans sans activité professionnelle mais non retraitées. 71 (40 %) avaient une activité professionnelle. Enfin, dans 15 cas (8,5 %), la profession n'était pas renseignée.

Tableau 2. – Distribution des suicidés en fonction de leur statut matrimonial

	Mariés	Célibataires	Divorcés	Veufs
Effectifs (%)	80 [45]	67 [38]	18 [10]	13 [7]
Sex-ratio H/F	3	5,5	3,5	0,3
Âge moyen (1) [S.D.]	54 [14]	32 [14]	46 [13]	71 [7]
Durée moyenne (1) [S.D.]	24 (2) [15]	-	11 (3) [9]	13 (4) [8]

(1) En années. (2) Durée du mariage. (3) Délai entre divorce et décès. (4) Durée du veuvage.

La répartition des états matrimoniaux des suicidés différait significativement de celle de la population du Doubs ($p < 0,001$). L'étude statut par statut montre un effet protecteur du mariage et un odds ratio de 2,49 (I.C. à 95 % [1,48; 4,14], méthode de Cornfield) pour les divorcés mais pas de différence statistiquement significative pour les veufs et pour les célibataires.

57 % des suicidés étaient décédés à leur domicile, 18 % en établissement hospitalier, 10 % sur la voie publique et 15 % en d'autres lieux non précisés. Aucun décès par suicide en hospice ou maison de retraite n'était recensé.

Le principal mode de suicide dans le Doubs était la pendaison dans 34 % des cas, puis les armes (25 %), venaient ensuite les suicides par noyade et par ingestion médicamenteuse volontaire (12 % des cas chacun), les traumatismes (9 %), les suicides par inhalation de gaz (6 %) et les autres modes (2 %)... Parmi les moins de 30 ans, il n'y avait pas de décès par noyade; le mode principal de décès étant la pendaison dans 39 % des cas puis les armes dans 30 % des cas.

Parmi les personnes âgées de plus de 50 ans, 38 % étaient décédées suite à une pendaison, 25 % consécutivement à un suicide par arme et 23 % suite à une noyade.

Pour 73 suicidés (41 %) la rubrique pathologie associée n'était pas documentée.

Enfin, pour seulement 3 % des suicidés, une autopsie avait été demandée.

DISCUSSION

3 conditions doivent donc être réunies pour donner le terme de suicide à un décès [1]. La première condition, que la mort ne soit pas naturelle, est toujours réalisée, alors que les 2 autres, i.e. que le sujet décédé soit à l'origine de sa propre mort et qu'il soit prouvé qu'il voulait mettre fin à ses jours, sont laissées à l'appréciation du médecin ayant constaté le décès. L'exhaustivité du nombre de décès par suicide n'était pas absolue. Il existe

une sous-estimation du nombre de décès par suicide due à un biais au niveau du recueil des certificats de décès ayant donné lieu à une autopsie qui ne sont pas systématiquement renvoyés aux D.D.A.S.S. Il existe un second biais au niveau de la rédaction des certificats où la mention suicide, accident ou crime n'apparaît pas toujours alors que le sujet n'était pas mort d'une cause naturelle et qu'aucune autopsie n'avait été demandée.

Les personnes âgées se suicidaient proportionnellement plus que les plus jeunes. La différence de surmortalité des hommes par rapport aux femmes diminuait avec l'âge. La tranche d'âge des 45-54 ans serait particulièrement à risque pour les femmes puisque la différence de sex-ratio était, dans cette tranche d'âge, la plus basse entre les hommes et les femmes. Pour les 2 sexes confondus, le plus fort taux de décès par suicide correspondait à la tranche d'âge des 65-74 ans, passage de la vie active à la retraite.

La situation professionnelle indiquée sur le certificat de décès n'était pas toujours celle du moment du décès. Les changements de situation professionnelle n'étaient pas indiqués. La moitié des suicidés était sans activité professionnelle; on retrouve en la désinsertion ou l'isolement social un facteur de risque du suicide déjà connu [2].

Les certificats de décès n'apportaient pas de renseignements suffisants concernant la situation matrimoniale réelle du suicidé (couples séparés, concubinage); le degré de solitude et de détresse psychologique et sociale du suicidé n'était pas abordé (et peut-être pas abordable). Seul, le divorce apparaissait comme facteur de risque. Le mariage, malgré les restrictions précédentes, semblait protéger l'individu contre le risque de décès par suicide.

Les suicides sur un mode violent (pendaison, noyade, arme) caractérisaient les suicides « réussis », contrairement aux tentatives de suicide où les ingestions volontaires de toxiques prédominent [3]. Préméditation ou impulsion passagère, ils laissent rarement le temps au suicidé de regretter son geste.

Il faut souligner l'insuffisance du remplissage de la rubrique « État morbide ayant contribué à l'évolution fatale » qui n'était pas remplie dans plus de 40 % des cas, rendant ainsi les interprétations très délicates. La dépression était souvent mentionnée (près de 50 % des cas) mais le terme pouvait recouvrir des états pathologiques très différents, non homogènes.

CONCLUSION

Le suicide ne devrait pas être considéré seulement comme un risque existentiel universel. La mise en œuvre d'une véritable politique de prévention grâce à des moyens médicaux, sociaux et législatifs devrait permettre une diminution de l'incidence des décès par suicide comme c'est le cas dans certains pays européens [4]. La clef de voûte de ce système de prévention pourrait passer par le médecin de famille qui est le plus à même de repérer les situations à risque et d'orienter les sujets vers la structure la mieux adaptée.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] LEJOYEUX M., LÉON E., ROUILLON F. – **Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide.** – *L'Encéphale* 1994; 20 : 495-503.
- [2] PRITCHARD C. – **Suicide, unemployment and gender in the british isles and EEC (1974-1985).** – Soc. Psychiatr. Epidemiol., 1988; 23 : 85-89.
- [3] BELON-LENEUTRE M., TISSOT C. – **Les conduites suicidaires en Franche-Comté.** – O.R.S. de Franche-Comté, 1991.
- [4] DEBOUT M. – **Le suicide.** – Conseil économique et social. Direction des Journaux officiels, 1993.

Remerciements. – Nous remercions le Pr Z. Kadi et le Dr E. Monnet pour leur revue critique de cet article.