

Tableau 1. - Indice de Breslow en mm. Mélanomes de l'adulte (> 15 ans)

	Clark I	Clark II-V			
		Moyenne	25 ^e p	Médiane	75 ^e p
	%				
Hommes. . . .	13,4	1,38	0,40	0,69	1,50
Femmes. . . .	12,2	1,08	0,32	0,52	1,00
H + F.	12,6	1,19	0,35	0,59	1,12

Les 13 cas de mélanome de l'enfant ont fait l'objet d'une étude séparée. Il s'agissait de 5 garçons et 8 filles représentant 1,2 % des 1 089 mélanomes. Il y avait 11 MSE et 2 mélanomes nodulaires. 5 mélanomes étaient situés sur le tronc et 8 sur les cuisses ou les jambes. 2 mélanomes étaient de niveau I, 7 de niveau II, 2 de niveau III, 1 de niveau IV et 1 de niveau V. 10 mélanomes avaient une épaisseur inférieure à 0,75 mm et 3 une épaisseur $\geq 0,75$ mm avec des extrêmes de 0,33 à 10 mm. Les données enregistrées ne permettent pas de connaître la fréquence d'un naevus congénital sous-jacent.

4. DISCUSSION

Le diagnostic anatomopathologique du mélanome est parfois difficile et une vérification par un groupe d'experts est souvent décidée dans le cadre d'études « protocolées » pour le confirmer. Cette relecture nous a paru être impossible à réaliser du fait du surcroît de travail imposé aux anatomopathologistes, qui aurait conduit à une sous-évaluation nette du nombre de cas déclarés. Elle ne nous paraît pas non plus indispensable pour ce type d'étude car nous avons cherché à évaluer l'incidence du mélanome dans les conditions habituelles de son diagnostic, conditions qui n'incluent pas la relecture par un groupe d'experts. Aucune vérification du diagnostic anatomopathologique n'avait d'ailleurs été pratiquée lors de l'évaluation de l'incidence du mélanome en France pendant la période 1978-1982 [1]. Il faut souligner que la pratique spontanée d'une relecture des lames de diagnostic difficile par d'autres anatomopathologistes est habituelle. Cette relecture a donné lieu à des doubles déclarations qui ont pu être repérées par la suite malgré l'anonymat, grâce à des vérifications manuelles et informatisées des caractéristiques cliniques et anatomopathologiques des mélanomes. Le fait que 92,3 % des déclarations ont été faites par des anatomopathologistes spécialisés en dermatologie nous paraît être un gage supplémentaire de la qualité du diagnostic de mélanome dans cette étude.

Le taux national d'incidence du mélanome invasif pour la période 1978-1982 a été estimé par Laplanche et coll. à partir de l'incidence observée dans 4 départements possédant un registre du cancer (Bas-Rhin, Calvados, Doubs et Isère) à 2,8 pour 100 000 hommes et 6,2 pour 100 000 femmes, ce qui donne en chiffres absolus une estimation de 2 400 cas incidents par an [1]. Par rapport à cette étude, l'incidence en Île-de-France en 1994 est donc 2,32 fois plus élevée chez les hommes et 1,69 fois plus élevée chez les femmes.

5. CONCLUSION

Cette étude repose sur une déclaration volontaire et ne peut donc prétendre à l'exhaustivité. Les chiffres que nous rapportons reflètent donc l'incidence minimale du mélanome en Île-de-France en 1994. Ils sont proches de l'incidence observée dans 4 comtés anglais en 1992 [3] et dans le département français du Haut-Rhin entre 1991 et 1994 [4]. Ils restent très éloignés des chiffres record enregistrés dans l'état australien du Queensland (55,81 mélanomes invasifs pour 100 000 hommes et 42,89 pour 100 000 femmes en 1987) [5]. L'incidence du mélanome invasif a augmenté de plus de la moitié pour les femmes et a doublé pour les hommes dans l'état du Queensland entre 1980 et 1987 [5]. En revanche, elle est restée stable (voire a diminué pour les femmes) en Angleterre entre 1988 et 1992 [3].

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous les anatomopathologistes de la région Île-de-France, sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée.

RÉFÉRENCES

- [1] LAPLANCHE A., BENHAMOU E. - Estimation de l'incidence des cancers en France. - *Bull. Cancer* 1991; 78 : 405-414.
- [2] Estimations de la population en Île-de-France en 1994. - Source : INSEE.
- [3] NEWTON J. N., REDBURN J. - Incidence of melanoma in four English counties, 1989-1992. - *Br. Med. J.* 1995; 310 : 502-503.
- [4] BUEMI A., HALNA J.M., GRANDADAM M. - Registre des cancers du Haut-Rhin. Mulhouse, France.
- [5] Mc LENNAN R., GREEN A.C., McLEOD G.R.C., MARTIN N.G. - Increasing incidence of cutaneous melanoma in Queensland, Australia. - *J. Natl Cancer Inst.* 1992; 84 : 1427-32.

LE POINT SUR...

ÉVOLUTION RÉCENTE DE LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN FRANCE (1985-1994)

F. HATTON*, F. FACY**, A. LETOULLEC*

Sur une période de 10 ans (1985-1994), de nettes variations du nombre annuel de suicides sont observées. Aux environs de 12 500 en 1985, ce nombre diminue jusqu'en 1990 (11 400). À partir de 1991, la tendance s'inverse, plus de 12 000 suicides étant enregistrés en 1993 et 1994.

Au-delà de la lecture globale de ces évolutions, des questions se posent quant à l'uniformité des groupes de sujets qui constituent la population, dans le prolongement des analyses sociologiques des comportements suicidaires, menées par Durkheim [1]. Les problématiques des groupes d'âge différents sont-elles reflétées par des évolutions différentes en terme de mortalité par suicide ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude porte sur les données de la statistique nationale des causes de décès en France, statistique élaborée par l'INSERM à partir des certificats médicaux de décès. Sont dénombrés dans cette statistique tous les suicides mentionnés sur les certificats de décès (le suicide est toujours codé en cause principale de décès). Sont étudiés les sujets âgés d'au moins 10 ans, aucun suicide n'étant enregistré, par convention, avant cet âge. 4 groupes d'âge sont distingués : adolescents et jeunes adultes de 10 à 29 ans, adultes de 30 à 49 ans et de 50 à 69 ans, personnes âgées de 70 ans et plus.

Pour l'ensemble des sujets, comme au sein de chaque groupe d'âge, l'analyse prend en compte les taux comparatifs, indicateurs éliminant l'influence éventuelle des différences de structure par âge des populations concernées. Ces taux de décès sont lissés sur une période de 3 ans encadrant l'année étudiée (pour la fin de la période sont retenues les 2 dernières années). Ce lissage diminuant les effets d'éventuelles variations aléatoires ou accidentelles permet de mieux apprécier la tendance durable des évolutions.

RÉSULTATS

Durant ces 10 dernières années, la mortalité par suicide présente les caractéristiques générales décrites antérieurement par d'autres auteurs [2, 3, 4] : nette surmortalité masculine et augmentation de la fréquence du suicide avec l'âge.

Les taux comparatifs calculés pour l'ensemble de la population confirment la tendance observée pour le nombre de suicides depuis une dizaine d'années : décroissance de 1985 à 1991 (le taux passant de 26 à 23 pour 100 000 habitants), puis changement de tendance avec une augmentation jusqu'en 1994, les taux restant toutefois nettement inférieurs au maximum de 1986 (tabl. 1).

Ces tendances évolutives varient cependant en fonction du sexe et de l'âge. Ainsi, après avoir diminué d'environ 10 % à partir de 1985, les taux masculins augmentent de plus de 3 % de 1991 à 1994. Chez les femmes, pendant la première période la décroissance est un peu plus marquée que chez les hommes, puis à partir de 1991 les taux stagnent aux environs de 12. Il résulte de ces différences tendancielle que la surmortalité masculine par suicide augmente à la fin de la période d'observation : égale à 2,9 au début, elle dépasse 3,1 en 1993 et 1994.

L'évolution diffère de manière encore plus nette selon l'âge. À la fin des années quatre-vingt, la décroissance touche les 4 groupes d'âge étudiés ; elle est toutefois relativement faible chez les adultes de 30 à 49 ans. C'est surtout à partir de 1991 que les tendances évolutives divergent : augmentation nette du suicide chez les moins de 50 ans, et, au contraire poursuite de la décroissance pour les 2 autres groupes (tabl. 1). Ces tendances sont particulièrement nettes pour le sexe masculin. Le rapport de chaque taux annuel à celui observé en 1985 pour chacun des groupes étudiés rend bien compte de ces différences (fig. 1) : évolution contrastée chez les hommes avec une diminution régulière après 50 ans alors que dans les 2 premiers groupes, 10 à 29 ans, et 30 à 49 ans, un fort accroissement survient à partir de l'année 1991 ; la fréquence du suicide devient alors supérieure à celle observée en 1985 chez les sujets de 30 à 49 ans. Chez les femmes le phénomène est moins marqué bien que l'augmentation soit nette chez les moins de 30 ans. Mais quel que soit l'âge, les taux restent toujours inférieurs à ceux de 1985.

Tableau 1. – Évolution du suicide en France de 1985 à 1994

Année	Total des suicides	Taux comparatif lissé						
		Sexe			Âge			
		Total	Masculin	Féminin	10-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus
1985	12 501	26,3	41,4	14,2	11,2	26,3	34,0	55,0
1986	12 529	26,1	41,0	14,2	10,8	26,4	33,5	54,7
1987	12 161	25,3	39,7	13,8	10,2	26,2	32,2	52,7
1988	11 599	24,5	38,5	13,3	10,0	25,7	30,6	51,0
1989	11 715	23,7	37,5	12,7	9,8	22,1	29,6	48,9
1990	11 403	23,4	37,0	12,5	9,8	24,9	29,1	47,5
1991	11 502	23,1	36,7	12,1	9,5	25,2	28,6	46,2
1992	11 644	23,5	37,1	12,3	10,1	26,1	28,3	45,5
1993	12 251	23,7	37,8	12,1	10,3	26,8	28,2	45,1
1994	12 041	23,9	38,3	12,2	10,7	27,2	28,2	45,0
Pourcentage de variation*								
1991 à 1985	- 8	- 12	- 11	- 15	- 16	- 4	- 16	- 16
1994 à 1985	5	3	4	0	13	8	- 1	- 3

* Pourcentage de variation 1991 à 1985 = (taux 1991 - taux 1985)/taux 1985.

* Pourcentage de variation 1994 à 1991 = (taux 1994 - taux 1991)/taux 1991.

L'augmentation du suicide observée au début de la décennie 1990 concerne ainsi essentiellement les jeunes adultes. Elle est particulièrement frappante pour les hommes de 30 à 49 ans d'autant plus que ce groupe d'âge n'avait pas montré la même décroissance à la fin des années quatre-vingt.

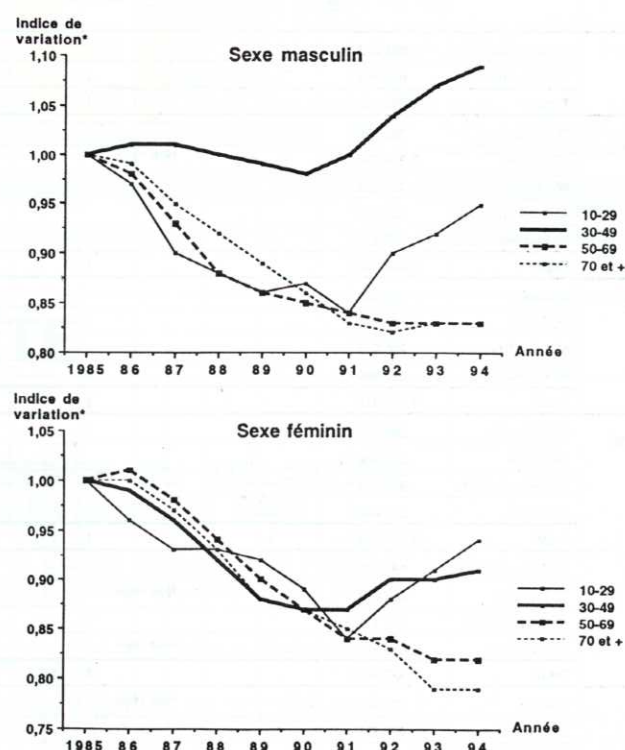
DISCUSSION

L'augmentation de fréquence observée dans la Statistique nationale peut-elle s'expliquer par certains biais d'enregistrement ? Cette question doit être posée, en particulier pour les suicides dont certains restent méconnus du fait de la non-déclaration des cas par les instituts médico-légaux ou de l'imprécision de la certification médicale.

Informations transmises par les instituts médico-légaux

Si, pour une mort considérée comme « suspecte » entraînant une investigation médico-légale, le certificat médical n'est pas transmis à l'INSERM, le décès est alors codé en « cause non déclarée ». La fréquence de ces cas est donc un bon indicateur de la non-transmission d'information par les instituts médico-légaux. À partir des résultats d'études spécifiques, l'une réalisée à Lyon en 1986 [5], l'autre conduite à l'institut médico-légal de Paris en 1990 [6], on peut déduire que la sous-estimation résultant de la méconnaissance de ces causes médico-légales concerne 10 à 20 % des suicides. Observe-t-on à partir de 1991 chez les sujets de moins de 50 ans, parallèlement à l'augmentation des suicides, une diminution de la fréquence des décès de cause non déclarée ? L'analyse des différences observées à cet égard entre 1994 et 1991, montre une augmentation du taux correspondant chez les hommes de 30 à 49 ans. En revanche pour les jeunes hommes de 10 à 29 ans, ainsi que pour les femmes, est observée une légère diminution ; elle est toutefois moins importante que l'augmentation correspondante des suicides.

Figure 1. – Tendances évolutives des taux de suicides de 1985 à 1994



* Indice de variation = taux comparatif lissé de suicides de l'année considérée / taux comparatif lissé de 1985

Certification médicale

Dans certains cas le médecin déclare le « mode » de la mort (noyade, coup de feu...) sans préciser s'il s'agit d'un décès intentionnel ou accidentel. Le décès est alors codé à la rubrique « Traumatismes d'intention indéterminée ». La fréquence de cette rubrique s'est peu modifiée de 1991 à 1994. On peut au contraire noter une augmentation pour les décès masculins de 30 à 49 ans, groupe le plus concerné par l'accroissement du suicide. Enfin certains médecins certificateurs pourraient déclarer les suicides de mieux en mieux, au lieu de masquer le décès intentionnel en mentionnant toute autre affection précise (Sida, accident, cancer...). Il serait toutefois étonnant, si tel était le cas, que cette amélioration ne concerne que certains groupes de population, en particulier les moins de 50 ans, et pas les autres.

On est donc en droit de penser que l'accroissement du suicide chez les jeunes reflète bien une réalité, ceci d'autant plus qu'il s'agit d'une période de la vie où ne manquent pas les facteurs médicaux, sociaux et psychologiques susceptibles d'influencer le comportement individuel, ne serait-ce que les difficultés actuelles d'insertion professionnelle au niveau de l'adaptation sociale ou l'infection par le V.I.H. au niveau de la santé.

RÉFÉRENCES

- [1] DURKHEIM E. – **Le suicide**. – Paris, Presses universitaires de France, 1976 ; 469 p.
- [2] FACY F., MICHEL E., PHILIPPE A., HATTON F. – **Mortalité par suicide**. – In : *Psychiatrie et santé mentale*, SESI, La documentation française ; 17 : 143-57.
- [3] DAVIDSON F., CHOQUET M. – **Le suicide de l'adolescent. Étude épidémiologique**. – Les Éditions ESF 1981 ; 135 p.
- [4] DEBOUT M. – **Le suicide**. – Étude présentée par la Section des Affaires sociales. Conseil économique et social, 6 juillet 1993 ; 1-95.
- [5] PHILIPPE A. **Apport d'un institut médico-légal à la mesure du suicide dans un département**. – *Journal de Médecine de Lyon*, 1986 ; 1421 : 321-23.
- [6] LECOMTE D., HATTON F., RENAUD G., LE TOULLEC A. – **Les suicides en Île-de-France chez les sujets de 15 à 44 ans**. – Résultats d'une étude coopérative. – *B.E.H.* 1994 ; 2 : 5-6.

* Service d'information sur les causes médicales de décès - SC 8 de l'INSERM.

** Unité de recherche psychopathologie et pharmacologie des comportements - U 302 de l'INSERM.