

aient du mal à répondre à cette question comme le montrent les divergences que nous avons constatées dans cette étude.

La méthode utilisée a été bien acceptée par les médecins conseils et par les médecins traitants. Elle nécessite une structure centralisatrice pour la vérification de la qualité des dossiers et le codage des comptes-rendus anatomopathologiques. Elle pourrait être reconduite en Midi-Pyrénées après la mise en place du dépistage systématique afin de juger de l'évolution des stades et être un élément d'évaluation à court terme si l'on fait l'hypothèse que le dépistage ne fera pas évoluer les comportements vis-à-vis des demandes d'ALD.

Comme tout système de surveillance, le problème de la représentativité des demandes d'ALD se pose. Cependant, si les habitudes de demande d'ALD ne se modifient pas, en particulier pour les tumeurs in situ et pour les tumeurs de petite taille, cette méthode permettra de vérifier l'efficacité à court terme des campagnes de dépistage dans les zones non couvertes par un registre de cancer. Elle viendrait en complément des données des registres de cancer qui permettent d'identifier les faux négatifs et les cancers d'intervalle, et de calculer la survie des cas de cancers sur l'ensemble de la population surveillée, en liaison avec les structures chargées de l'organisation des campagnes de dépistage.

CONCLUSION

Notre étude montre des différences importantes entre les stades auxquels sont diagnostiqués les cancers du sein en Midi-Pyrénées par rapport à ceux observés dans les départements participant au programme national de dépistage.

La surveillance de l'incidence à partir des demandes d'ALD ne permet pas une observation exhaustive des cas de cancers du sein diagnostiqués, et en ce sens ne saurait constituer à elle seule la base d'une évaluation du dépistage. Cependant, en l'absence de registre, la mise en place de telles études faites de façon itérative pourrait constituer un des éléments d'évaluation en permettant une observation de la répartition par stades.

RÉFÉRENCES

- [1] Ménégot F., Chérié-Challine L., Le cancer en France : Incidence et Mortalité, situation en 1995, évolution entre 1975 et 1995. La Documentation Française, Paris, 1998 : 182p.
- [2] Colonna M., Exbrayat C., Launoy G., Incidence du cancer en France, estimations régionales 1985-1995, Réseau Français des Registres de Cancer, Ed:AstraZeneca,1999.
- [3] Aptel I., Garrigue E., Grosclaude P., L'épidémiologie des cancers en Midi-Pyrénées, Le Bulletin de l'ORSMIP, 1999;47:12p.
- [4] Lacour A., Mamelle N., Lafont S., et al. Use of mammography as a breast cancer screening tool in six districts in France. Cancer Detection and Prevention 1997;21(5):460-470.
- [5] Pfister P., Asselain B., Blanchon B., et al. Incidence médico-sociale des cancers en Ile-de-France. PETRI, Paris 1999. 185 p.
- [6] Ancelle-Park R., Séradour B., Schaffer P. et al. Le programme national de dépistage systématique du cancer du sein : organisations et résultats. BEH 1997;10:39-40.
- [7] Ancelle-Park R., Nicolau J., Résultat du programme national de dépistage systématique du cancer du sein. BEH 1999;52:219-221.

ENQUÊTE

ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS TRAITANTS SUR LES DÉTERMINANTS PSYCHOPATHOLOGIQUES DU SUICIDE EN MAYENNE

Robert Vegas, Jacqueline Crampe, DDASS de la Mayenne, 2 Bd Murat, 53030, Laval Cedex 9

INTRODUCTION

Le suicide et les tentatives de suicide représentent en Mayenne une cause importante de mortalité et de morbidité : 85 suicides et 550 tentatives de suicide y sont enregistrés en moyenne chaque année soit un taux de 30/100 000 h pour les suicides et de 190/100 000 h pour les tentatives de suicide.

Dans la période 1993-1997 la mortalité par suicide mayennaise a été supérieure de 43 % à la moyenne nationale (+ 28 % chez les hommes, + 76 % chez les femmes), l'indice de surmortalité mayennaise atteignant 2,5 chez les femmes âgées de plus de 54 ans.

Le suicide est un phénomène multi-factoriel. Si ses déterminants socio-démographiques (âge, sexe, statut matrimonial, catégorie socioprofessionnelle) sont désormais bien identifiés [1, 2], ses déterminants psychopathologiques ont en revanche été moins souvent décrits, l'essentiel des travaux sur le sujet ayant été réalisé à l'étranger principalement sous la forme d'enquêtes rétrospectives faisant appel à la méthodologie de l'autopsie psychologique [3 à 6].

Cette étude a pour objectif de préciser en fonction du sexe et de l'âge les liens existant entre certains facteurs psychopathologiques et le suicide et de contribuer ainsi à la prévention de ce dernier. Elle repose sur l'exploitation des données de morbidité contenues dans les certificats médicaux de décès adressés à la DDASS par les maires et des réponses à une enquête complémentaire menée auprès des médecins traitants des défunts.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

683 certificats médicaux de décès mentionnant un suicide en cause principale ont été enregistrés à la DDASS de la Mayenne entre 1992 et 1999.

Pour 676 d'entre eux, une enquête a été menée par voie postale auprès du médecin certificateur afin de recueillir des informations sur le passé psychiatrique du suicidé. Ces médecins certificateurs se répartissaient en 81 % de généralistes, 9 % de médecins légistes, 10 % de médecins hospitaliers, ces derniers exerçant pour la plupart dans un SMUR. Le questionnaire comprenait six questions : Le défunt avait-il déjà effectué une ou plusieurs tentatives de suicide auparavant ? Avait-il été hospitalisé auparavant en milieu psychiatrique ? Était-il suivi par un psychiatre ? Recevait-il, lors de son décès, un traitement médicamenteux contenant des psychotropes ? Présentait-il une affection mentale avérée (sans toutefois avoir à préciser le diagnostic) ? Présentait-il une intoxication alcoolique chronique ?

Il appartenait au médecin interrogé d'indiquer s'il était le médecin traitant du défunt et en cas de réponse négative de sa part, de donner le nom et les coordonnées de celui-ci s'il le connaissait afin qu'un questionnaire lui soit adressé. Cette dernière procédure a concerné 10 % des questionnaires envoyés.

Au total, le taux de participation des médecins à cette enquête s'est élevé à 97 % (n = 658/676).

Après analyse des réponses, seuls les questionnaires émanant des médecins ayant déclaré être le médecin traitant du défunt (96 % de

généralistes, 3 % de médecins hospitaliers, 1 % de psychiatres) ont été jugés suffisamment fiables pour pouvoir être exploités : 1 % à 4 % de non-réponses aux différentes questions posées contre 10 % à 36 % chez les autres médecins enquêtés (71 % de généralistes, 15 % de médecins hospitaliers, 14 % de médecins légistes).

L'échantillon ainsi constitué (n = 253, 37 % des suicides enregistrés) diffère significativement du reste des suicidés par une plus faible proportion de sujets âgés de moins de 45 ans (28 % *versus* 44 %, $p < 10^{-3}$), de sujets de sexe masculin (60 % *versus* 73 %, $p < 10^{-3}$) et d'habitants du chef-lieu du département (75 % *versus* 27,5 %, $p < 10^{-3}$), la certification par un médecin traitant ayant été en effet moins fréquente chez ces groupes de suicidés que chez les autres. A l'inverse, le fort taux de certification par un médecin traitant enregistré parmi les suicidés âgés de plus de 64 ans rend compte de la sur-représentation de ce groupe (43 % *versus* 28 %, $p < 10^{-3}$).

Les principales caractéristiques de l'échantillon (répartition selon l'âge et le sexe) sont présentées au *tableau 1*. Les hommes sont majoritaires (59 %) mais leur structure par âge ne diffère pas significativement de celles des femmes. Les suicidés ont été répartis en deux groupes d'âge afin que l'analyse statistique puisse être réalisée sur des effectifs suffisamment nombreux (< 55 ans, > 54 ans).

Pour ce qui concerne la prévalence des maladies mentales et de l'alcoolisme, les réponses des médecins certificateurs à l'enquête complémentaire ont été comparées à leur propre certification (n = 202/253, 80 %), en utilisant la 9^e classification internationale des maladies (CIM 9).

L'analyse statistique a fait appel au test du X^2 de Pearson ($p < 0,05$).

Tableau 1. Structure par âge et sexe de l'échantillon de suicidés étudié (Mayenne, 1992-1999).

Âge	Homme	Femmes	Ensemble
< 45 ans	41 (27 %)	20 (19 %)	61 (24 %)
45 à 64 ans	46 (31 %)	38 (37 %)	84 (33 %)
65 ans et +	63 (42 %)	45 (44 %)	108 (43 %)
Total	150 (100 %)	103 (100 %)	253 (100 %)

RÉSULTATS

Ceux-ci sont présentés aux *tableaux 2* et *3*.

Tableau 2. Pourcentage de suicidés ayant des antécédents psychiatriques en Mayenne (1992-1999).

	Ensemble (n = 253)	Hommes (n = 150)	Femmes (n = 103)	X^2
Antécédents de tentatives de suicide	29 %	22 %	39 %	$p = 0,004$
Hospitalisations antérieures en psychiatrie	30 %	25 %	38 %	$p = 0,038$
Suivi par un psychiatre	44 %	34 %	59 %	$p = 0,000$
Traitement psychotrope	66 %	57 %	80 %	$p = 0,000$
Maladie mentale	45 %	39 %	54,5 %	$p = 0,017$
Intoxication alcoolique chronique	14,5 %	20 %	7 %	$p = 0,004$

Tableau 3. Pourcentage en fonction de l'âge, des suicidés ayant des antécédents psychiatriques en Mayenne (1992-1999).

	Sexe	Age < 55 ans	Age > 54 ans	X^2
Antécédents de tentatives de suicide	Masculin	35 %	12 %	$p = 0,001$
	Féminin	66 %	26 %	
Hospitalisations antérieures en psychiatrie	Masculin	38 %	16 %	$p = 0,002$
	Féminin	58 %	28 %	
Suivi par un psychiatre	Masculin	44 %	25 %	$p = 0,015$
	Féminin	64 %	56,5 %	
Traitement psychotrope	Masculin	55 %	58 %	$p = 0,765$
	Féminin	75 %	83 %	
Maladie mentale	Masculin	51 %	30 %	$p = 0,010$
	Féminin	61 %	51,5 %	
Intoxication alcoolique chronique	Masculin	23 %	17 %	$p = 0,363$
	Féminin	16 %	3 %	
Effectifs : Hommes < 55 ans (n = 66), hommes > 54 ans (n = 84), femmes < 55 ans (n = 33), femmes > 54 ans (n = 70).				

Antécédents de tentatives de suicide :

29 % des suicidés ont déjà fait une tentative de suicide, les femmes plus souvent que les hommes (39 % *versus* 22 %) et les sujets de moins de 55 ans plus souvent que les autres ceci quelque soit le sexe (66 % *versus* 26 % chez les femmes, 35 % *versus* 12 % chez les hommes).

Hospitalisations antérieures en milieu psychiatrique :

Une hospitalisation antérieure en psychiatrie est retrouvée chez 30 % des suicidés. Ce pourcentage est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (38 % *versus* 25 %) et diminue après l'âge de 54 ans (58 % *versus* 28 % chez les femmes, 38 % *versus* 16 % chez les hommes).

Troubles mentaux :

Selon les médecins interrogés, 45 % des suicidés présentent une maladie mentale avérée. La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (54,5 % *versus* 39 %) et diminue significativement avec l'avancée en âge mais uniquement dans le sexe masculin (51 % avant 55 ans, 30 % après 54 ans).

Ces chiffres sont sensiblement inférieurs à ceux issus des certificats médicaux de décès établis pour les mêmes suicidés : 60 % de ces certificats portent la mention d'une affection du chapitre V « Troubles mentaux » de la CIM 9, plus souvent chez les femmes que chez les hommes (69 % *versus* 54 %, $p = 0,01$). Ce pourcentage n'est pas significativement lié à l'âge.

Les troubles non-psychotiques (codes 300 à 316 de la CIM 9) sont prédominants (56 %) surtout dans le sexe féminin (66 % chez les femmes, 49 % chez les hommes, $p < 10^{-2}$). La plupart sont des troubles dépressifs non précisés (code 311 de la CIM 9) dont la fréquence est plus faible avant l'âge de 55 ans qu'après 54 ans mais sans différence statistiquement significative (47 % *versus* 50 % chez l'homme, 58 % *versus* 71 % chez la femme).

Un trouble psychotique (codes 290 à 299 de la CIM 9) est retrouvé dans 4 % des cas, sans différence significative entre les sexes (5 % chez les hommes, 3 % chez les femmes).

Le croisement des données de l'enquête complémentaire avec celles contenues dans les certificats médicaux de décès montre que parmi les médecins certificateurs ayant signalé lors de l'enquête l'existence d'une maladie mentale, 24 % (n = 27/112) d'entre eux ne l'avaient pas mentionnée dans le certificat médical de décès. A l'inverse, 43 % (n = 63/148) des médecins ayant certifié un trouble mental (chapitre V de la CIM 9) ont répondu négativement à la question « le défunt présentait-il une maladie mentale avérée ? ».

Alcoolisme chronique :

Selon l'enquête complémentaire réalisée auprès des médecins traitants, 14,5 % des suicidés présentent une intoxication alcoolique chronique. Les hommes sont plus touchés que les femmes (20 % *versus* 7 %) et la prévalence est plus faible après 54 ans mais seulement de manière statistiquement significative dans le sexe féminin (23 % *versus* 17 % chez les hommes, 16 % *versus* 3 % chez les femmes).

Ces valeurs sont nettement supérieures à celles issues de la certification des mêmes suicidés (trois fois plus élevées) : un syndrome de dépendance alcoolique (code 303 de la CIM 9) n'est retrouvé que dans 4 % des certificats médicaux de décès, sans différence significative entre les sexes (6 % chez les hommes, 2 % chez les femmes) ni entre les âges.

Deux tiers des médecins ayant signalé un alcoolisme chronique lors de l'enquête complémentaire ne l'avaient pas mentionné dans le certificat médical de décès (n = 21/32).

Suivi psychiatrique :

44 % des suicidés étaient suivis par un psychiatre. La proportion de suivis psychiatriques est nettement plus élevée dans le sexe féminin que dans le sexe masculin (59 % *versus* 34 %) mais ne diminue significativement avec l'âge que chez les hommes (44 % avant 55 ans, 25 % après 54 ans).

Traitement psychotrope :

66 % des suicidés recevaient lors de leur décès un traitement médicamenteux à base de psychotropes. Ce pourcentage est

particulièrement élevé chez les femmes où il atteint 80 % contre 57 % chez les hommes, mais il n'est pas influencé par l'âge : pas de différence significative avant et après 55 ans (75 % *versus* 83 % chez les femmes, 55 % *versus* 58 % chez les hommes).

DISCUSSION

La sous-déclaration des suicides est un phénomène général auquel n'échappe pas la Mayenne. Ce biais semble toutefois moins important qu'au niveau national, le taux annuel moyen enregistré dans le département entre 1993 et 1997 des décès « de cause inconnue ou non déclarée » étant en effet trois fois plus faible que la moyenne nationale.

Le mode de constitution de l'échantillon qui ne retient que les suicides certifiés par un médecin traitant et exclut de ce fait les suicidés ne bénéficiant pas d'un suivi médical introduit un biais de sélection dont l'impact sur nos résultats est difficile à mesurer en l'absence d'informations sur les suicidés exclus. Compte tenu des liens existant très probablement entre un tel suivi et l'existence d'antécédents psychiatriques, l'éventualité d'une surestimation à partir de notre échantillon de la prévalence des facteurs psychopathologiques chez les suicidés doit être envisagée.

Ce même biais pourrait expliquer par ailleurs la sous-représentation dans notre échantillon des adultes jeunes de sexe masculin. Seule une enquête spécifique menée auprès de ce groupe permettrait de vérifier cette dernière hypothèse. La sous-représentation des citadins pourrait résulter quant à elle des particularités du fonctionnement du service de garde médicale au chef-lieu du département lesquelles induisent une moindre implication des médecins traitants dans la certification des suicides (l'élargissement du service de garde à un plus grand nombre de praticiens et le recours fréquent aux médecins urgentistes réduisent en effet en zone urbaine la probabilité pour un médecin traitant de certifier le suicide d'un de ses patients).

L'analyse des certificats médicaux de décès de notre échantillon montre une prévalence des troubles mentaux assez proche de celle observée au niveau national [1] : 60 % *versus* 87 % pour ce qui concerne les troubles mentaux, 4 % *versus* 6 % pour ce qui concerne les états psychotiques, 56 % *versus* 62 % pour ce qui concerne les troubles dépressifs. Ces derniers, désignés le plus souvent sous les termes imprécis d'« état dépressif » ou de « dépression » et plus fréquemment mentionnés chez les femmes que chez les hommes recouvrent probablement des pathologies très diverses que l'enquête auprès des médecins n'a pas permis d'identifier.

Ces chiffres issus de la certification des suicides sont supérieurs à ceux de l'enquête complémentaire menée auprès des médecins traitants (39 % chez les hommes, 54 % chez les femmes), la terminologie plutôt restrictive utilisée dans cette enquête pour définir les troubles mentaux (« maladie mentale avérée ») ayant probablement incité un pourcentage important de médecins certificateurs (43 %), non psychiatres pour la plupart, à ne retenir que les troubles les plus graves et à ne pas confirmer leur certification initiale.

Les taux de prévalence obtenus dans l'enquête auprès des médecins se situent nettement en deçà des données des études rétrospectives par autopsie psychologique (prévalence supérieure à 90 %) [1, 3 à 6]. Ces études s'appuient en effet, contrairement à notre démarche, sur une biographie médico-psychologique approfondie, un diagnostic psychiatrique rétrospectif, une enquête auprès des proches du défunt et font appel à de multiples sources d'informations sociales, médicales et même policières.

En ce qui concerne l'alcoolisme chronique, nos résultats confirment sa sous-certification chez les suicidés. Même corrigée après interrogation des médecins traitants (14,5 %), sa prévalence reste en dessous des valeurs issues de la plupart des études (15 % à 54 %) [1, 3-6].

Les antécédents de tentative de suicide représentent un risque de suicide reconnu, indépendamment du diagnostic psychiatrique associé [2, 4]. Dans notre étude, 29 % des suicidés sont des récidivistes (le nombre de tentatives antérieures et les délais par rapport au suicide ne sont pas précisés). Ce pourcentage, conforme aux données de la littérature (19 % à 42 %) [2, 4], est nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes et tend à diminuer avec l'âge. La valeur la plus forte est observée chez les femmes de moins de 55 ans (66 %) et la plus basse chez les hommes de plus de 54 ans (11 %).

L'éventualité d'un sous-enregistrement de ces événements en particulier chez les suicidés les plus âgés ne peut être formellement écartée. Toutefois l'évolution en fonction de l'âge et du sexe du pourcentage de récidivistes chez les suicidés paraît en cohérence avec celle du ratio tentatives de suicide/suicide observée en Mayenne : 31 tentatives de suicide pour 1 suicide féminin et 6 tentatives de suicide pour 1 suicide masculin avant 55 ans, 2 tentatives de suicide pour 1 suicide féminin et moins d'une tentative de suicide pour 1 suicide masculin après 55 ans (années 1992-1998). L'enregistrement des antécédents d'hospitalisations en milieu psychiatrique est très probablement soumis au même biais de mémorisation, auquel s'ajoute celui lié à l'imprécision du terme « milieu psychiatrique » utilisé dans le questionnaire (toutes les hospitalisations pour motif psychiatrique ne sont pas réalisées en milieu spécialisé).

L'existence d'un traitement psychotrope chez les suicidés n'apparaît pas spécifiquement lié à l'âge. Enfin l'étude ne précise pas la nature et la fréquence du suivi psychiatrique des suicidés au moment de leur décès. Le fait que 44 % d'entre eux bénéficiaient d'un tel suivi témoigne à l'évidence des difficultés de sa mise en œuvre et de ses limites dans la prévention du passage à l'acte.

CONCLUSION

Cette étude apporte un certain nombre d'informations utiles à la connaissance des déterminants psychopathologiques du suicide. Toutefois ses résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des suicidés compte tenu des différents biais constatés et notamment de la non-représentativité de l'échantillon étudié. Ceci souligne d'une part les limites d'une approche reposant exclusivement sur l'exploitation des certificats médicaux de décès et l'interrogation des médecins traitants et d'autre part l'intérêt de prolonger ce travail par une enquête plus approfondie faisant appel à la méthodologie des enquêtes rétrospectives par autopsie psychologique.

Remerciements : Les auteurs remercient les médecins mayennais pour leur participation à l'enquête et le Dr. Chambaud pour la lecture critique de cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] M. Bourgeois, F. Facy, F. Rouillon, H. Verdoux. Epidémiologie du suicide. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-397-A-20, 1997, 10 p.
- [2] M. Lejoyeux, E. Leon, F. Rouillon. Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. *L'Encéphale*, 1994 ; XX ; 495-503.
- [3] M.L. Bourgeois. Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide. *L'Encéphale*, 1996 ; Sp IV-2 : 46-51.
- [4] A.T.A. Cheng. Mental illness and suicide. A case control study in East Taiwan. *Archives of General Psychiatry*/vol 52, July 1995 : 594-603.
- [5] T. Foster, K. Gillespie, R. McClelland. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *British journal of psychiatry* (1997), 170 : 442-452.