

Surmortalité en psychiatrie ambulatoire: premiers résultats d'une étude à Genève

L. RAYMOND*, Béatrice COCHET**, Claire GARIN**, P. HERMANN**, B. VOINIER*

1. Introduction

On sait, depuis plusieurs décennies, que les populations psychiatriques sont sujettes à une mortalité supérieure à celle de la population générale (1). Cette surmortalité varie selon le diagnostic et selon qu'il s'agit de patients hospitalisés ou traités ambulatoirement (5, 8). Elle se manifeste très différemment pour les diverses causes de mort. Elle est particulièrement marquée pour le suicide et les morts violentes, mais elle apparaît également pour certaines affections médicales, les maladies respiratoires et circulatoires notamment (7). En ce qui concerne le cancer, les résultats obtenus sont contradictoires (2).

Diverses explications ont été avancées (3). La surmortalité par accident résulterait partiellement de conduites suicidaires (quasi-suicides), alors que ses manifestations sous forme de causes "naturelles" seraient peut-être liées, notamment, à des troubles psycho-somatiques évolutifs ou une absence de la volonté de vivre (6). Les patients psychiatriques pourraient être également l'objet d'une sélection par le mode de vie (alimentation, alcool, tabac, etc...). Il faut aussi compter avec une part de suicides camouflés en morts naturelles.

Nos hypothèses ont été exposées précédemment (4). Elles prennent pour base ces diverses théories. L'étude conduite actuellement considère l'ensemble des patients vus pour la première fois au Centre psycho-social universitaire, durant les années 1964, 1965, 1966, sans restriction de diagnostic, de type de traitement et de durée de prise en charge. Les résultats présentés ici ne concernent que la cohorte 1964. Le Centre psycho-social est le seul centre officiel de psychiatrie ambulatoire à Genève. Il est réservé aux adultes.

2. Matériel et méthodes

1466 patients (608 hommes et 858 femmes) ont été suivis dès leur première consultation au centre, en 1964, jusqu'à leur décès ou jusqu'au 31 décembre 1974, indépendamment de la durée de la prise en charge. 238 décès ont été enregistrés durant la période d'observation (soit 103 chez les hommes et 135 chez les femmes) et le pourcentage des perdus de vue s'est élevé à 7,9 % de l'effectif initial. L'âge moyen à l'entrée était respectivement de 33,9 pour les hommes et de 38,0 pour les femmes.

L'étude a été conduite rétrospectivement. Chaque cas a été suivi sur la base des informations du Bureau cantonal de l'habitant. Les

patients de nationalité suisse qui avaient quitté Genève ont fait l'objet de recherches auprès de la commune d'origine. La date éventuelle du décès, du départ ou du changement d'état civil a été notée. En cas de décès, la cause de mort considérée est celle qui avait été retenue par l'Office fédéral de statistique comme cause primaire. La mortalité de référence est celle qui a été observée à Genève durant la période 1969/1972. Les taux de mortalité ont été établis sur cette base par sexe, classe d'âges quinquennale et état civil. Ils ont été appliqués au collectif étudié, exprimé en personnes-années, pour l'obtention du nombre attendu de décès. Le rapport du nombre réellement observé au nombre attendu mesure le risque relatif de mort, standardisé selon l'âge et l'état civil (SMR). Les limites de confiance et tests de signification ont été calculés dans l'hypothèse d'une distribution normale.

3. Résultats

Le risque relatif de mort, toutes causes réunies, est présenté au tableau 1. Chez les hommes, la surmortalité est estimée à 80 %, l'intervalle de confiance ($P < 0.95$) s'étendant entre 50 et 120 % d'augmentation. La surmortalité des patientes psychiatriques est estimée à un niveau plus élevé encore, soit 100 %, avec un intervalle de confiance compris entre 70 et 130 %.

Tableau 1 - Risque relatif de mort

	N. observés	N. attendus	SMR (dim. 0.95)
Sexe masculin	103	56.9	1.8 (1.5-2.2)***
Sexe féminin	135	67.9	2.0 (1.7-2.3)***
Total	238	124.9	1.9 (1.7-2.2)***

*** $p < 0.001$

La mortalité relative pour chacune des causes est l'objet du tableau 2. La surmortalité la plus marquée s'observe pour le suicide, puis pour le groupe des autres causes de mort violente. Dans les deux cas, la surmortalité est sensiblement identique chez les hommes et chez les femmes, l'augmentation étant de l'ordre de 800 % pour le suicide et de 350 % pour les autres morts violentes. Pour les deux sexes, on note également une surmortalité par "autres affections cardiovasculaires" sensiblement moins marquée toutefois. On constate enfin, mais cette fois exclusivement pour le sexe féminin, une surmortalité par affections respiratoires de l'ordre de 400 %. En revanche, les données à disposition ne permettent pas de conclure à une augmentation significative de la mortali-

* Institut de médecine sociale et préventive, 27, Quai Charles-Page, 1211 GENEVE 4

** Centre psycho-social universitaire, 8, rue du 31-Décembre, 1207 GENEVE

té pour les autres causes "médicales, telles que le cancer ou les cardiopathies ischémiques.

Tableau 2 - Risque relatif de mort par cause

	Sexe obs./att.	masc. SMR	Sexe obs./att.	fém. SMR
Tumeurs	17.7/14.7	1.2	20.3/18.2	1.1
Cardiop. ischém.	8.3/ 6.7	1.2	7.1/ 6.3	1.1
Autres cardio-vasc.	20.8/ 9.6	2.2**	27.4/18.4	1.5*
Affect. respir.	7.3/ 5.0	1.1	19.3/ 4.7	4.1***
Cirrhose	4.2/ 2.5	1.7	1.0/ 1.3	0.8
A. affect. méd.	14.6/12.5	1.2	29.4/13.5	2.2***
Suicide	15.6/ 2.1	7.6***	17.3/ 2.0	8.5***
A. morts viol.	14.6/ 3.9	3.8***	12.2/ 3.5	3.5***

* p < 0.05

** p < 0.01

*** p < 0.001

4. Discussion

En ce qui concerne la mortalité générale, la validité des résultats ne semble pas contestable, le décès étant un évènement échappant à tout biais d'interprétation. Le pourcentage relativement réduit des perdus de vue met à l'abri d'une erreur importante. Le fait que les cas sont compris dans le groupe des témoins (la population générale) ne peut conduire qu'à une sous-estimation de la surmortalité. Les biais méthodologiques ne sont en revanche pas exclus en ce qui concerne la mortalité par cause. On peut notamment s'interroger sur la validité différentielle de la certification entre patients psychiatriques et ceux qui n'ont pas cette étiquette diagnostique. Il se pourrait par exemple que les suicides soient plus fréquemment "avoués" chez les premiers que chez les seconds.

L'interprétation définitive des résultats présentés exigera un examen cas par cas des dossiers. Il apparaît d'ores et déjà évident que la mortalité des patients par "autres morts violentes" comprend une fraction non négligeable de suicides camouflés et de quasi-suicides. Les raisons de l'importante surmortalité par causes médicales, principalement respiratoires, observées chez les femmes sont moins évidentes. Notre hypothèse de travail est que ce phénomène recouvre une proportion plus élevée de suicides camouflés chez les femmes, celle-ci étant liée aux modes spécifiques de perpétration des suicides. Il sera sans doute difficile de se prononcer sur l'existence d'une surmortalité naturelle sur la seule base de la cohorte 1964 (effectifs réduits).

Summary

The project intends to prove an excess of mortality among the out-patients of the official psychiatric center of Geneva. The study is of the follow-up retrospective type. The primary results confirm the hypothesis. They show an increased relative risk of death by suicide and other non natural causes, for both sexes, as well as by natural causes (especially respiratory diseases) but only among women.

Zusammenfassung

Diese Untersuchung zielt darauf, das Bestehen einer übernormalen Sterblichkeit bei den ambulanten Kunden der offiziellen psychiatrischen Behandlungsstelle nachzuweisen. Es handelt sich dabei um eine auf die Krankheitsgeschichte ausgerichtete Langzeitstudie. Die ersten Ergebnisse bestätigen die Annahme. Sie weisen auf eine Uebersterblichkeit infolge Selbstmord und anderer gewaltsamer Todesursachen bei beiden Geschlechtern, sowie eine Uebermortalität der üblichen Todesursachen bei den Frauen, speziell in Bezug auf die Atmungsorgane.

Adresse

Institut de médecine sociale et préventive - 27, Quai Charles-Page - 1211 GENEVE 4

Références

1. ALSTROM, C.H.: Mortality in mental hospitals. Acta Psychiat. Scand. 24, (1942).
2. FOX, B.H.: Cancer death risk in hospitalized mental patients. Science, 201, 966. (1978).
3. HERMANN, P.: La mortalité dans les troubles psychiques. Méd. et Hyg., 32, 1323-1326, (1974).
4. HOFFER, Béatrice; RAYMOND, L.: La mortalité d'une cohorte de patients psychiatriques traités ambulatoirement à Genève. Soz. Präv. Med., 22, 161-162, (1977).
5. ROSMAN, B.: Mortality among psychiatric patients. Acta psychiat. Scand., 50, 354-375, (1974).
6. SIMS, A.: Mortality in neurosis. The Lancet, 1072-1076, (1973).
7. SIMS, A.; PRIOR, P.: The pattern of mortality in severe neuroses. Brit. J. Psychiat. 133, 299-305, (1978).
8. TSUANG, M.T.; WOOLSON, R.F.: Mortality in patients with schizophrenia, mania, depression and surgical conditions. Brit. J. Psychiatr., 130, 162-166, (1977).