

La mortalité d'une cohorte de patients psychiatriques traités ambulatoirement à Genève

HOFER Béatrice & RAYMOND L.

Centre Psycho-Social et Universitaire et I.M.S.P., Genève.

I. PROBLEMATIQUE.

Nous nous proposons d'étudier la mortalité des patients psychiatriques traités au Centre Psycho-Social Universitaire de GENEVE.

Parmi les travaux effectués sur la mortalité, les premiers portent sur des populations hospitalisées : MALZBERG à New-York (1934), ALSTROM à Stockholm (1942), ODGAARD à Oslo (1951), ont entrepris des études en milieu hospitalier. Toutes mettent en évidence une surmortalité des patients psychiatriques hospitalisés par rapport à la population générale. L'accroissement de la mortalité varie selon le diagnostic. Il est maximal dans les psychoses organiques (paralysie générale et artério-sclérose cérébrale) et dans l'épilepsie il est toujours élevé mais moindre dans les autres psychoses (schizophrénie, psychoses maniaques-dépressives) et dans l'alcoolisme, faible dans les troubles névrotiques, réactionnels et psychopathiques.

Ces travaux portant sur des populations hospitalisées, on a des raisons de penser que les troubles sont sélectionnés selon un critère de gravité et que les troubles névrotiques sont de ce fait sous-représentés. Dans des travaux plus récents, BABIGIAN et DOROFF étudient à l'aide d'un registre de cas la mortalité de l'ensemble de la population psychiatrique, hospitalière et extra-hospitalière. RORSMAN et SIMS, par ailleurs, étudient la mortalité de la population psychiatrique extra-hospitalière. On retrouve une surmortalité dans tous les groupes diagnostiques cependant moins marquée que dans la population hospitalisée.

Les travaux cités ne se bornent pas à l'étude de la surmortalité. Ils abordent le problème des causes de mort. Si le suicide est sur-représenté au sein de la population psychiatrique, il ne suffit pas à rendre compte de l'ensemble de la surmortalité. Le suicide, n'explique donc que pour une part la surmortalité, l'autre part est à attribuer à d'autres causes de mort telles que affections cardio-vasculaires, affections respiratoires, etc. Leur répartition est la même que dans la population générale.

Ainsi le trouble psychiatrique a une incidence sur la longévité. Ce phénomène ne peut être expliqué uniquement par des causes de mort spécifiquement liées au trouble mental lui-même (comme le suicide).

Aucune des explications proposées n'a pu jusqu'à présent faire l'objet d'une vérification, qu'il s'agisse du rôle joué par les événements vécus (life-events), de l'épuisement émotionnel, ou des phénomènes de renoncement (giving-up) ...

Ce domaine difficile à aborder actuellement fera l'objet de travaux ultérieurs.

En fonction de ce qui précède, nous avons été amenés à construire un travail avec les hypothèses suivantes :

1. Il existe une surmortalité de la population du C.P.S.U.

2. La surmortalité une fois établie, voyons les hypothèses concernant les causes de mort : le suicide est sur-représenté au sein de la population du C.P.S.U.

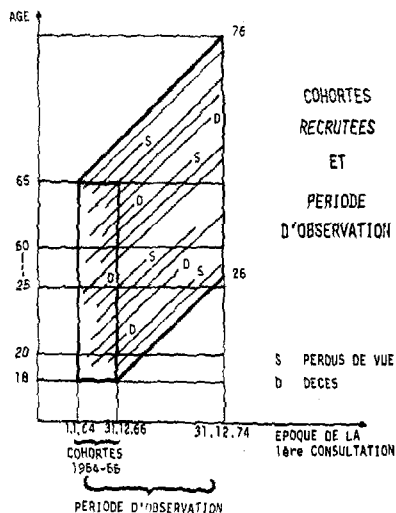
3. Le suicide ne suffit pas à rendre compte de l'ensemble de la surmortalité, même si on assimile les accidents à des suicides. Les accidents ou morts violentes peuvent représenter des conduites auto-destructrices à travers lesquelles le patient manifeste le désir inconscient de mourir.

4. Abstraction faite du suicide, le patient psychiatrique décède des mêmes causes de mort que la population générale. La mort est entraînée par le même processus pathologique mais elle survient plus tôt. Le calendrier de la mortalité est ainsi modifié :

II. METHODOLOGIE.

a) - Définition de la population étudiée et de la durée de la période d'observation.

L'étude englobe tous les patients ayant fréquenté le C.P.S.U. au cours des années 1964, 65 et 66. Les trois cohortes annuelles ont été suivies jusqu'à fin 1974. Le C.P.S.U. étant destiné à la population adulte, non gériatrique, l'âge des patients varie de 18 à 65 ans au moment du recrutement. A la fin de la période d'observation, ces mêmes patients - s'ils sont survivants - sont âgés de 26 à 76 ans. Cf. figure ci-dessous.



En abscisse : l'époque de la première consultation.

En ordonnée : l'âge des personnes recrutées.

Les lignes se trouvant dans la zone d'observation illustrant la survie des personnes suivies, laquelle peut se terminer par un D indiquant le décès, ou par un S marquant la sortie du champ d'observation, lorsque le patient est perdu de vue.

b) - Définition de la mortalité.

La mortalité se définit par le rapport entre le nombre de décès survenant dans un groupe donné et la durée totale d'exposition de ce groupe. La mortalité est donc une fonction du nombre de décès et du temps. Ce rapport est un taux de mortalité, qui fournit une bonne approximation de la probabilité individuelle de décéder durant l'intervalle de temps adopté, pour un membre quelconque d'un groupe homogène.

c) - Causes de mort.

Du point de vue statistique, les questions correspondant aux hypothèses précédemment formulées quant à la surmortalité psychiatrique peuvent être regroupées sous la forme du présent tableau. Il s'agit d'établir s'il y a surmortalité ou non dans le groupe étudié par rapport à la population générale (éventuellement sous-mortalité), cela en se plaçant successivement dans quatre types de situation, soit :

- . en considérant les décès dus à toutes les causes pour l'ensemble du groupe étudié,
- . en considérant les décès dus à toutes les causes, mais parmi certaines catégories diagnostiques seulement,
- . de même, en observant alternativement la mortalité pour tous les patients ou pour certains d'entre eux seulement, mais en ne prenant en considération que certaines causes ou groupes de causes de décès.

d) - Mortalité différentielle.

Lorsqu'il s'agit de faire ressortir des différences entre catégories diagnostiques, le problème pourra être abordé de manière plus directe :

- . d'une part en comparant la mortalité toutes causes entre deux catégories diagnostiques, névrotiques et psychotiques par exemple,
- . d'autre part, en ne procédant à ce type de comparaisons que pour certaines causes ou groupes de causes de décès, ainsi notamment en ne considérant que la mortalité par accident.

e) - Rapport standardisé de mortalité.

Pour donner à ces diverses comparaisons leur signification, il importe d'adopter un instrument de mesure de la mortalité qui permette d'éliminer l'effet perturbateur d'autres variables agissant sur le phénomène étudié et distribuées inégalement dans la population générale et les différents groupes observés. Au premier rang de celles-ci figure l'âge.

Notre choix s'est porté sur le rapport standardisé de mortalité, connu sous le sigle SMR, qui remplit cette condition. Rappelons que le SMR est défini par le rapport entre le nombre de décès observés dans le groupe au nombre de cas qui s'y seraient produits si celui-ci

avait été régi par la loi de mortalité de la population générale, compte tenu de la composition du groupe selon les variables à éliminer. Le SMR mesure donc la mortalité relative du groupe. Un SMR supérieur à l'unité désigne une surmortalité. Un SMR inférieur à l'unité une sous-mortalité. Comme il s'agit de nombres relatifs, les SMR calculés pour divers groupes peuvent être légitimement comparés entre eux. Dans le cas particulier, nous avons estimé que la seule correction de l'effet d'âge n'était pas suffisante et qu'il convenait de standardiser également la structure des groupes d'après l'état-civil, dont on connaît l'importance en ce qui concerne la mortalité.

Le nombre attendu de décès est obtenu en appliquant les taux de mortalité de la population générale aux effectifs correspondant du groupe concerné, selon leur durée d'exposition respective au risque de décéder. Le calcul est effectué en personnes-année, dans lequel une personne suivie pendant trois ans est comptée de la même manière que trois personnes suivies pendant un an. Le calcul implique donc l'hypothèse de la constance de la probabilité de décéder au cours du temps, pour une classe d'âge donnée.

Pour critère de la mortalité générale, nous avons adopté la mortalité observée parmi la population résidente genevoise de 1969 à 1972, soit approximativement au milieu de notre période d'observation. Notre mortalité de référence comprend évidemment les décès se rapportant à la sous-population psychiatrique étudiée. Dans la mesure où ceux-ci représentent une fraction importante de la mortalité totale - pour les suicides par exemple - un biais pourrait s'introduire dans la comparaison, dont il conviendra de tenir compte dans l'interprétation.

L'étude est en cours. Nous n'avons obtenu pour le moment que des résultats partiels. Ceux-ci paraissent confirmer les hypothèses ci-dessus.

Summary : It is known from former studies that psychiatric patients have a mortality rate higher than that of the general population. This cannot be explained by causes of death that may be specific of psychiatric illness (as suicide for example). The objective of our project is to find if there is such an over mortality in our population, to evaluate to what factors it is related and specially what are the causes of death.

Zusammenfassung : Frühere Studien haben erwiesen, dass die Psychiatrisch-Kranken eine höhere Sterblichkeitsziffer aufweisen als die allgemeine Bevölkerung. Diese Tatsache kann nicht mit Todesursachen erklärt werden, welche für die psychiatrische Krankheit spezifisch wären (wie z.B. Selbstmord). Das Ziel unseres Forschungsprojektes ist einerseits zu eruieren, ob eine solche Übersterblichkeit vorhanden ist, und andererseits relevante Faktoren zu bewerten und die Todesursachen zu klären.

Dr. B. HOFER - C.P.S.U. - 16, Bd. St. Georges - 1205.GE

Mr. L. RAYMOND - I.M.S.P. - 20, quai E. Ansermet - 1205 - GENEVE.