



MESURER LA SURMORTALITÉ DES PERSONNES SOUFFRANT DE PATHOLOGIES MENTALES

Paris - La Défense. Congrès français de psychiatrie, 30 novembre 2012

Claire-Lise Charrel^{1,2}, Laurent Plancke¹, Laurent Defromont²,
Guillaume Vaiva³ Michaël Génin^{1,4} Thierry Danel¹

¹F2RSM, Lille (France)

²Etablissement public de santé mentale de Lille Métropole, Armentières (France)

³Université Lille Nord de France

⁴Centre d'études et de recherche en informatique médicale (Cérim), Lille (France)



INTRODUCTION 1/2

- Un sujet très ancien (Farr, 1841)

Report upon the Mortality of Lunatics. By WILLIAM FARR, Esq.,
F.S.S.

[*Read before the Statistical Society of London, 15th March, 1841.*]

- Un sujet particulièrement étudié
 - Harris et Barraclough (1997)
 - 152 études sur la mortalité toutes causes
 - 249 études sur le suicide
 - Lawrence, Kiseley, Pais (2010)
 - 3554 articles entre 2000 et 2009

INTRODUCTION 2/2

- Surmortalité retrouvée dans toutes les études
- Toutes les catégories diagnostiques sont concernées
 - Harris E., 1998
- Risque de mort prématurée lors d'abus de substances retrouvé dans la moitié des cas de décès
 - Honkonen H., 2008
- Utilisation des statistiques de mortalité comme indicateur de qualité de soins
 - Ringbäck W.G., 1998
- En France
 - Cohorte Casadebaig
 - Cohorte Gazel
 - Nabi (2008) Traits de personnalité et mortalité
 - Melchior (2010) Arrêt-maladie pour troubles psychiques comme facteur de prédiction d'une surmortalité suicidaire
 - Lemogne (2010) Dépression comme facteur prédictif de décès RII =1,56
 - Surmortalité par diagnostic
 - Anorexie, Huas (2010). ICM = 10,6
 - Boulimie, Huas (2012). ICM = 5,5
 - Cohorte de 310 patients schizophrènes à Amiens
 - Limosin (2007) 16 fois plus de suicide qu'en population générale. Sexe masculin, abus de drogue, TS et entrée récente dans la maladie comme facteurs de risque + important
 - Loas (2011) ICM 4,73
 - Décès par cancer chez des patients schizophrènes
 - Tran (2009)
 - ICM cancer 1,5 (2nde cause de mortalité)
 - Mortalité dans les hôpitaux psychiatriques durant la seconde guerre mondiale
 - Chapiro, Ined (2009)
 - 45 500 décès de famine ou maladies infectieuses entre 1939 et 1945 dans ces établissements
 - Rôle des antidépresseurs dans la mortalité de personnes âgées dépressives
 - Ryan, Montpellier (2008)
 - mortalité très supérieure chez les hommes ayant utilisé des antidépresseurs (mais pas chez les femmes)

OBJECTIFS

- Calcul d'un taux de mortalité
- Comparaison avec celle de la population générale
- Etablir les causes de mortalité
- Recherche de facteurs de risque
- Orienter des actions de prévention

MÉTHODOLOGIE

- Enquête rétrospective
- Population étudiée
 - Personnes majeures hospitalisés au moins une fois entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2007 dans un EPSM du nord de la France
 - Données médicales : Département d'information et de recherche médical (diagnostic)
 - Données sociales et administratives (âge, sexe, situation matrimoniale, hospitalisations ...)
- Etablissement du statut vital au 1^{er} janvier 2011
 - Inséré
- Personnes décédées : cause médicale
 - Inserm (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc)
- Statistiques
 - Taux brut de mortalité (en PA)
 - Indice comparatif de mortalité (ICM, *SMR*)
 - Réf. Mortalité population département du Nord en 2006

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION INCLUSE 1/2

- 5536 patients

		Effectif	%
	N	5536	100,0%
Sexe	Hommes	3064	57,4%
	Femmes	2250	40,6%
Age	18-34 ans	1802	32,6%
	35-54 ans	2582	46,6%
	55-74 ans	907	16,4%
	75 ans et +	245	4,4%
Statut	Marié, Pacs, concubinage	1429	26,4%
	Célibataires	2441	45,1%
	Divorcé(e), séparé(e)	657	12,1%
	Veuf (ve)	250	4,6%
	Autre	633	11,7%

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION INCLUSE 2/2

○ 5536 patients

		Effectif	%
	N	5536	100,0%
Mode de vie	Chez parent ou en famille	875	16,2%
	Seul(e)	1563	28,9%
	En couple	1460	27,0%
	En structure d'accueil	352	6,5%
	Autre	1160	21,4%
Diagnostic principal initial	Démence	157	2,8%
	Addiction	724	13,1%
	Psychose	953	17,2%
	Troubles humeur	1373	24,8%
	Troubles anxieux	924	16,7%
	Troubles personnalité	371	6,7%
	Arriération mentale	182	3,3%
	Autre	72	1,3%
	Diagnostic non psy ou absence	779	14,1%

RÉSULTATS

- 663 patients décédés (au 1^{er} janvier 2011)
- Age moyen au décès : 58 ans
 - Hommes 56
 - Femmes 62
- Taux de mortalité (calculé sur PA) : 2,20%
 - Sexe ($p < 0,001$)
 - Hommes 2,67%
 - Femmes 1,61%
 - Situation ($p < 0,001$)
 - Marié, Pacs ... 2,01%
 - Célibataire 1,68%
 - Divorcé, séparé 2,85%
 - Veuf/ve 5,31%
 - Age ($p < 0,001$)
 - 18-34 0,84%
 - 35-54 2,03%
 - 55-74 3,49%
 - 75+ 9,36%

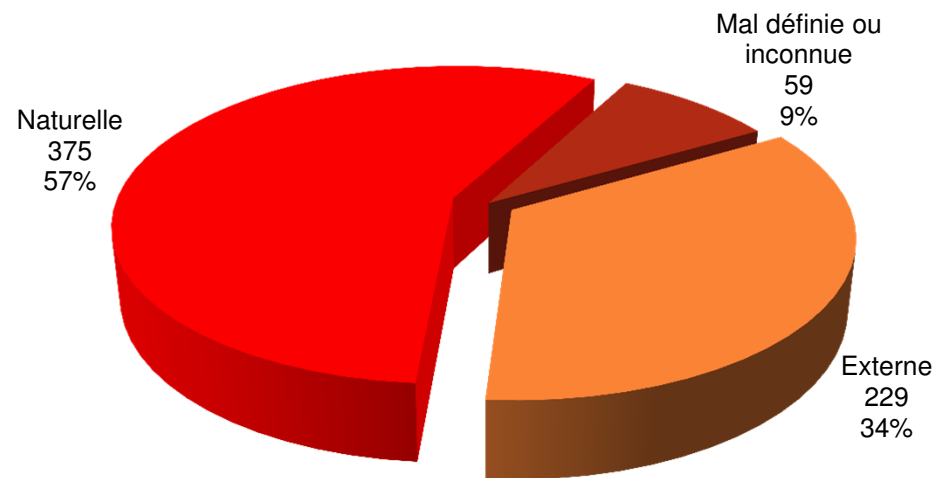
RÉSULTATS

- ICM (SMR) = 334
- 3,34 fois plus de décès qu'en population de référence
 - ici 100 = département du Nord – année 2006

ICM	Hommes		Femmes		Ensemble	
	ICM	IC 95%	ICM	IC 95%	ICM	IC 95%
Age (inclusion)						
18-34 ans	1 089	[840-1412]	1 731	[1170-2562]	1338	[1078-1662]
35-54 ans	541	[473-620]	515	[412-644]	547	[487-614]
55-74 ans	249	[207-299]	251	[194-325]	252	[217-292]
75 ans et +	188	[147-239]	150	[116-194]	171	[144-204]
Total	358	[326-393]	280	[246-320]	334	[310-361]

$p < 0,001$ pour tous les ICM (méthode de Byar)

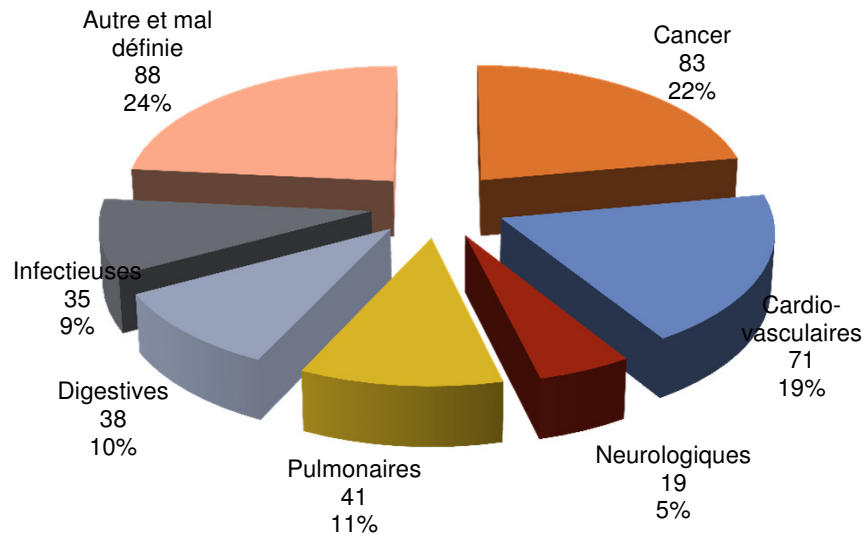
LES CAUSES DE DÉCÈS



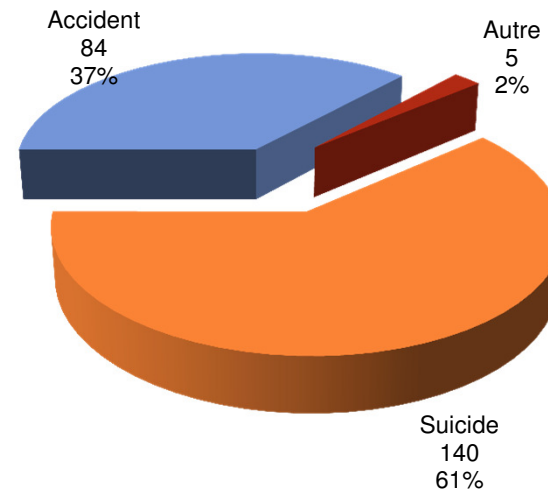
La mortalité de personnes souffrant de troubles psychiatriques

LES CAUSES DE DÉCÈS (DÉTAIL)

Causes naturelles (57%)



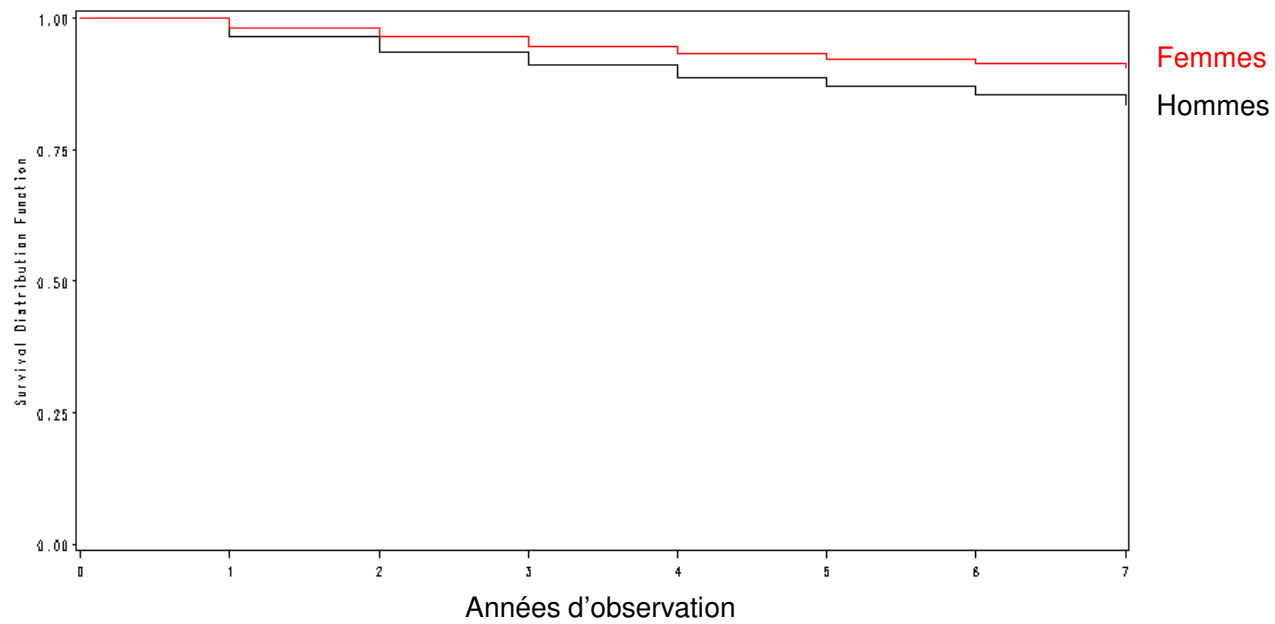
Causes externes (34%)



Causes mal définies ou inconnues (9%)

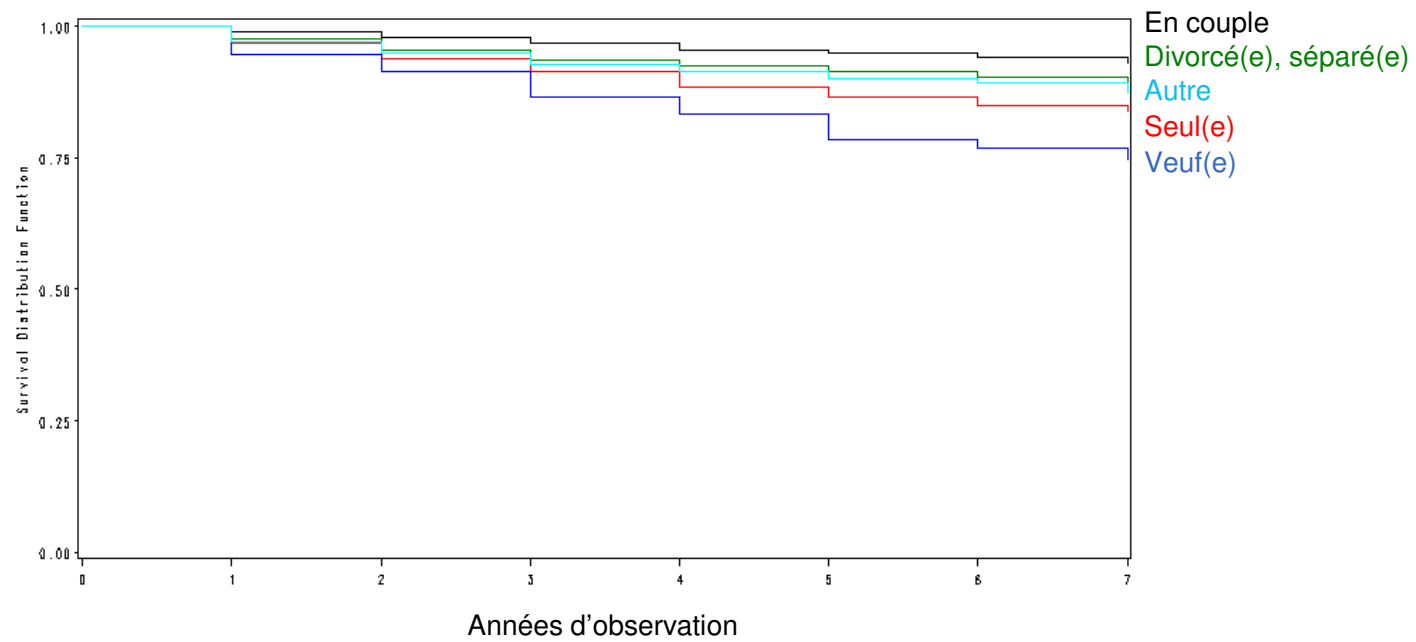
La mortalité de personnes souffrant de troubles psychiatriques

COURBES DE SURVIE. PAR SEXE



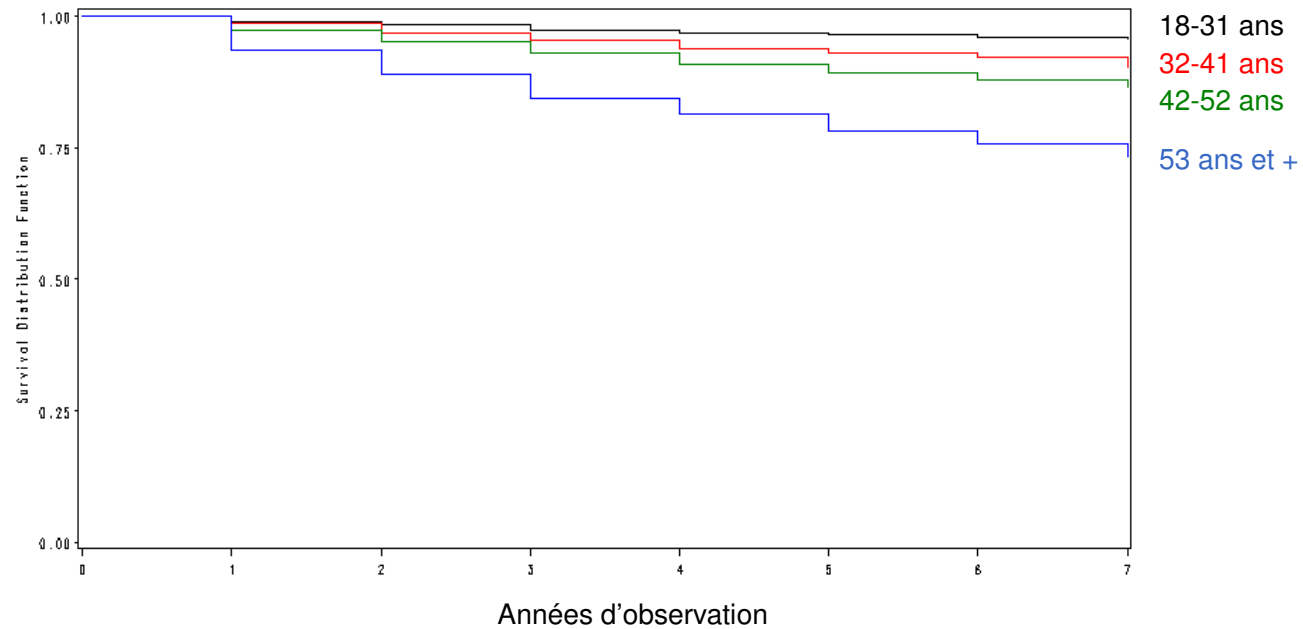
La mortalité de personnes souffrant de troubles psychiatriques

COURBES DE SURVIE. PAR MODE DE VIE



La mortalité de personnes souffrant de troubles psychiatriques

COURBES DE SURVIE. PAR CLASSE D'ÂGE



La mortalité de personnes souffrant de troubles psychiatriques

COMPARAISON / TRAVAUX RÉCENTS

1	Chang	2010	Londres	ICM Ensemble 2,15 [1,95-2,36] Hommes 2,47 [2,17-2,80] Femmes 1,89 [1,64-2,17]
2	Osborn	2007	RU	Chez les malades / exempts, rapport de risque (RR) 18-49 ans : 3,22 50-75 ans : 1,86 > 75 ans : 1,05
3	Loas	2008	Amiens	Patients schizophrènes SMR = 4,83

La mortalité de personnes souffrant de troubles psychiatriques

LIMITES DE L'ÉTUDE

- Biais de recrutement :
 - des malades ne sont peut-être jamais hospitalisés
 - d'autres le sont ailleurs
- Variabilité des diagnostics
- Étude rétrospective :
 - uniquement les items renseignés en routine
 - d'autres variables seraient utiles
 - consommation : tabac, alcool, cannabis ...
 - données socio-environnementales
 - inclusion dans les grands programmes de dépistage (bilans de santé, cancérologie ...)
 - suivi en médecine de ville
 - traitements
 - ...

DISCUSSION

○ Méthodologie


- Indicateurs robustes
 - Hospitalisation en service de psychiatrie
 - Décès comme réalité peu contestable
 - # trouble, pathologie
- Méthodologie moins onéreuse que les suivis de cohortes
- Utilisation possible pour l'évaluation de programmes ou d'actions

DISCUSSION

- Persistance d'une surmortalité massive (ICM 334)
 - Préaturée
 - d'autant + forte que les sujets sont jeunes
 - Suicide
 - Cancers
 - Maladies cardiovasculaires
- Malgré les réponses intégrées
 - Psychiatres intervenant en services d'urgence
 - Omnipraticiens en services de psychiatrie
- L'hygiène de vie est-elle la seule en cause ?
- Quels nouveaux modes d'intervention ?
 - Généralisation des systèmes de rappel après TS
 - Promotion de la santé/santé communautaire ?
 - Meilleure association d'acteurs de 1^{ère} ligne : usagers, familles, généralistes ...
 - Intégration des problématiques psychiatriques aux campagnes de prévention
 - Maladies cardio-vasculaires
 - Cancérologie
 - Obésité
 - Addictions

Merci de votre attention

laurent.plancke@santementale5962.com

 00 33+(0)320 44 10 34

La mortalité de personnes souffrant de troubles psychiatriques

