



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Intérêt de la mesure de la létalité perçue par le patient après une intoxication médicamenteuse volontaire

Value of measuring expected lethality by the patient in the assessment of people attending hospital following deliberate self-poisoning

Alain Barrelle^{a,*}, Delphine Raucher-Chéné^{b,c}

^a Service de psychiatrie, centre médical et pédagogique Jacques-Arnaud, FSEF, 5, rue Pasteur, 95570 Bouffémont, France

^b Psychiatric Department, University Hospital, 51100 Reims, France

^c Cognition, Health, Socialization (C2S EA6291) Laboratory, university of Reims Champagne-Ardenne, 51100 Reims, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 23 octobre 2015
Accepté le 3 août 2016

Mots clés :
Étude prospective
Intoxication médicamenteuse
Intention suicidaire
Mort
Perception
Récidive suicidaire

Keywords:
Death
Deliberate self-poisoning
Perception, Prospective study
Suicidal intent
Suicidal recurrence

RÉSUMÉ

Dans cette étude préliminaire, 124 cas consécutifs d'intoxication médicamenteuse volontaire ont été recueillis pour étudier les caractéristiques de la létalité perçue par les patients de leur geste et la relation entre létalité perçue et récurrence d'une conduite suicidaire. La létalité perçue a été évaluée par une échelle visuelle analogique, l'intentionnalité suicidaire par l'échelle de Beck sur laquelle une analyse factorielle a été faite. Les scores étaient liés négativement à un geste impulsif ($p < 0,0001$) et positivement à l'intentionnalité suicidaire ($rh\hat{o}_s = 0,77$; $p < 0,0001$), en particulier dans sa dimension subjective ($rh\hat{o}_s = 0,78$; $p < 0,0001$). Après un suivi de 32-38 mois, il n'a pas été constaté de lien avec la récurrence ($p = 0,80$), sauf chez les primo-suicidants ($p < 0,01$). La très bonne acceptabilité de la mesure et sa facilité d'usage pourraient lui donner une place pour évaluer le désir de mourir dans sa dimension subjective.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – Aims of this preliminary study were to assess characteristics of expected lethality by the patient at the time of a deliberate self-poisoning, and relationship between expected lethality and recurrence of suicidal related behaviour.

Materials and methods. – We included 124 consecutive cases in a prospective study and descriptive data including Beck Suicide Intent Scale (SIS) and medical lethality score. In response to “how dangerous did you think the drugs were when you took them?” patients rated on a Visual Analog Scale (VAS) from 0 = would be harmless, to 10 = certain to cause death. The follow-up took place 32–38 months after the patients were discharged.

Results. – Of 106 patient included, 70 were women. First-ever attempter were 31%. Fifteen per cent of the cases were medically serious. VAS mean score was 51 mm (SD 26; CI 95%: 47–56), median 51.5 mm (IQ 35.5). Median score was higher for men (59 mm; $P = 0.02$). High VAS scores (i.e. higher than median score) were associated with a premeditated behaviour (OR 29; $P < 0.0001$), when low VAS scores were associated with impulsive behaviour ($P < 0.0001$). There was no association between VAS and medical lethality ($P = 0.19$). SIS scores were low (mean score 8.6, SD 5.3). Three factors were extracted from a factorial analysis of the SIS. Correlations between VAS and SIS, and VAS and first factor patient's subjective thoughts F1 *conception* were strong ($rh\hat{o}_s = 0.77$, $P < 0.0001$; $rh\hat{o}_s = 0.78$, $P < 0.0001$), when only moderate between VAS and F2 *preparation* of the behaviour second factor ($rh\hat{o}_s = 0.50$, $P < 0.0001$), and weak between VAS and F3 *precaution* against discovery third factor ($rh\hat{o}_s = 0.18$, $P = 0.05$). Fifty-seven of the index cases were followed by a further episode of suicide related behavior. We found no

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alain.barrelle@gmail.com (A. Barrelle).

evidence of relationship between recurrence and expected lethality scores ($P = 0.80$) for either men ($P = 0.54$) or women ($P = 0.54$), with the exception of first-ever attempter subgroup ($P < 0.01$) where a high score was associated with recurrence (OR 5.6; $P = 0.01$).

Conclusion. – Expected lethality scores determined distinct populations in terms of suicidal intent and impulsivity of the behaviour. The very good acceptability of the measure and its ease to use could give it a place as part of the clinical assessing process of subjective dimension of the wish to die. For researchers this measure could help to better determine suicide related behaviours subgroups and to make comparisons between studies easier.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Létalité médicale et intentionnalité suicidaire sont deux éléments essentiels de l'évaluation et de la prise en charge d'un comportement en lien avec le suicide (*suicide related behaviour* [SRB]). Les études empiriques montrent que ces deux dimensions sont souvent mal reliées entre elles [7] et il est préférable de les évaluer séparément [7,11,20]. Parmi les causes avancées pour expliquer la faible association entre létalité médicale et intentionnalité suicidaire se trouvent au premier chef le choix impulsif du moyen utilisé [2] et l'ignorance par le patient de sa dangerosité médicale réelle [7]. C'est pourquoi l'intentionnalité suicidaire est considérée comme un meilleur indicateur de la gravité du SRB [7,11], même si en pratique son évaluation est souvent difficile [10,11] et que, lorsque les circonstances semblent ne pas s'accorder aux dires du patient, la létalité médicale vienne souvent étayer la conviction du clinicien [22]. En France, l'utilisation de la *Suicide Intent Scale* de Beck (SIS) [5] est recommandée pour évaluer l'intentionnalité suicidaire [18].

Si tout comportement suicidaire implique par définition une létalité attendue par le patient de son geste, ce jugement subjectif porté par l'individu engagé dans l'acte peut être très différent du jugement médical [26]. L'intérêt d'une mesure spécifique de la létalité attendue aux côtés de la létalité médicale a déjà été souligné. En particulier, cette mesure a été proposée pour aider à distinguer des sous-groupes parmi les SRB, faciliter la comparaison entre les études et permettre la prise en compte des risques particuliers de chaque groupe spécifique [21].

Pourtant peu d'études ont été consacrées à la létalité attendue par le patient de son geste.

Le but de cette étude préliminaire était d'estimer par une échelle visuelle analogique (EVA) la létalité attendue par le patient de son geste au décours d'une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) pour en déterminer les caractéristiques cliniques et évaluer la relation possible entre score de létalité attendue et la récurrence d'un SRB.

2. Matériels et méthodes

2.1. Population de l'étude

Cette étude prospective a été réalisée en accord avec les principes de la déclaration de Helsinki et a été déclarée à la CNIL. La phase d'inclusion s'est déroulée au SAU de l'hôpital Manchester, Charleville-Mézières, Ardennes, du 5 mars au 5 septembre 2012.

Le critère unique d'inclusion d'un cas était un diagnostic d'IMV porté au SAU. Une IMV était définie comme la prise intentionnelle par le patient d'une dose supérieure à elle prescrite ou recommandée de n'importe quel médicament sans prise en compte du motif, du but ou du degré d'intention suicidaire. Les critères d'exclusion étaient :

- un âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 80 ans ;
- l'impossibilité de comprendre la procédure de l'étude, le refus de consentement ou son impossibilité ;

- une IMV datant de plus de 24 heures au moment de l'arrivée au SAU ;
- l'association d'un diagnostic de trouble lié à l'abus de substance et d'une co-intoxication par des drogues illégales lors de l'IMV, à l'exception du cannabis ;
- une évaluation incomplète, c'est-à-dire ne comportant pas au moins les scores EVA et de la SIS. Durant la période de recrutement, 169 IMV ont été vues au SAU, 124 dossiers, appelés *cas*, ont été inclus pour un total de 106 patients, 14 patients ayant récidivé durant la phase d'inclusion (Diagramme de flux, Fig. 1). Deux échantillons ont été constitués : l'échantillon *index patients*, comprenant 106 cas, était défini comme l'ensemble des premiers épisodes inclus de chaque patient inclus dans l'étude, l'échantillon *index cas* comme l'ensemble des 124 cas inclus sur la période de recrutement.

Après admission au SAU dès que l'état somatique le permettait, un membre de l'équipe psychiatrique rencontrait le patient dans le cadre des soins somatiques donnés au patient et le score EVA de létalité perçue était recueilli et consigné séparément du reste du dossier médical. Dans un deuxième temps, lors de l'évaluation psychiatrique proprement dite, les informations démographiques et cliniques étaient recueillies par une personne différente et ne connaissant pas le score EVA. Les informations étaient notées dans un formulaire réservé à l'étude. Lors de la prise en charge, les patients ayant donné leur accord recevaient une description complète de l'étude. Un consentement écrit était obtenu après que le patient avait eu le temps de lire les documents et poser les questions qu'il souhaitait.

2.2. Mesure

2.2.1. Létalité attendue

La létalité attendue a été évaluée en utilisant une EVA et la question : *Comment estimez-vous la dangerosité des médicaments lorsque vous les avez pris ?* – 0 = sans aucun danger pour ma santé, 100 = mort certaine. Nous avons fait l'hypothèse pour cette mesure qui ne tient pas compte des circonstances que l'appréciation de la dangerosité perçue des médicaments pris était un bon indicateur de la létalité attendue par le patient au moment du geste.

2.2.2. Létalité médicale

La létalité médicale a été évaluée dans une approche dimensionnelle en utilisant la sous-échelle *risques encourus* de la *Risk Rescue Rating Scale* (RRRS) [28]. Les cinq items utilisés sont le moyen, la toxicité, la réversibilité, le traitement requis et l'état de conscience à l'arrivée (items cotés 1, 2 ou 3 sur une échelle ordinale de gravité croissante). Dans une approche catégorielle, un cas a été qualifié de *médicalement sérieux* si était présent au moins un critère de Beautrais :

- passage en réanimation ;
- chirurgie sous anesthésie générale ;
- traitement médical extensif (y compris l'administration d'un antidote, une surveillance rapprochée ou des tests itératifs) [4].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6786082>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6786082>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)