

# Auto-évaluation de la létalité potentielle perçue par le patient de son geste et décision d'hospitalisation dans les intoxications médicamenteuses volontaires.

\*\*\*\*

A. BARRELLE, interne de psychiatrie, CHS Belair, Charleville-Mézières, Ardennes.  
G. HUNAUULT, Laboratoire HIFIH, UPRES EA 3859, Université d'Angers.

## I. Introduction.

Après une tentative de suicide, l'évaluation de l'intentionnalité du geste est considérée par les cliniciens comme plus utile que celle de sa létalité, ces deux dimensions étant mal corrélées entre elles du fait principalement de la mauvaise appréciation par le patient de la dangerosité du moyen qu'il a employé (1)(2)(3). Notre but était d'évaluer comment, pour les IMVs vues aux Urgences, l'auto-évaluation de la létalité perçue par le patient des médicaments pris est reliée à la décision d'orientation.

## II. Méthode.

121 IMVs consécutives prises en charge dans un Service d'Urgence ont été incluses. La létalité perçue par le patient était mesurée indépendamment de l'évaluation psychiatrique par une échelle visuelle analogique (EVA) et la question « comment estimez-vous le danger des médicaments que vous avez pris ? 0 : aucunes conséquences pour ma santé ; 100 : mort certaine ». L'intentionnalité était mesurée lors de l'évaluation psychiatrique par une échelle validée (Suicide Intent Scale, SIS)(4). Des courbes ROCs ont été tracées pour établir la valeur optimale permettant de prédire une hospitalisation en service de psychiatrie d'une part et dans un service de psychiatrie fermé d'autre part.

## II. Résultats.

42 patients ont été hospitalisés, dont 25 en pavillon fermé, avec ou sans contrainte, sans différence significative entre hommes et femmes (Tab.1). Les scores EVA étaient significativement différents selon le devenir des patients (Tab.2).

Pour la variable « hospitalisation en service psychiatrique », l'aire sous la courbe (AUROC) du score EVA était de 0,76. Pour la variable « hospitalisation en service psychiatrique fermé », l'AUROC du score EVA était de 0,89 (Tab.5). Les valeurs EVA maximisant l'indice de Youden (IY) étaient de 49 mm et 54 mm pour respectivement l'hospitalisation en psychiatrie et l'hospitalisation en service fermé (Tab.3 et 4). L'AUROC du score SIS était de 0,69 pour l'hospitalisation, et de 0,81 pour l'hospitalisation en service fermé.

décision d'orientation	tous	femme	homme	f/h
	n=120**	n=79	n=41	p *
Suivi ambulatoire	78 (65%)	53 (67%)	25 (61%)	
Hospitalisation (tout mode)	42 (35%)	26 (33%)	16 (39%)	p = 0,50
Hospitalisation libre (ouvert)	17 (14%)	13 (16%)	4 (10%)	
Hospitalisation libre (fermé)	21 (17%)	12 (15%)	9 (22%)	
Hospitalisation sous contrainte	4 (3%)	1 (1%)	3 (7%)	p = 0,20

Tab.1. Répartition en fonction de l'orientation et du sexe ; \* Test de Khi 2

\*\* Une sortie contre avis médical n'a pas été prise en compte dans l'analyse.

Score de létalité perçue	EVA			p *
	moyenne	Ect	médiane	
Suivi ambulatoire	43.58	24.10	43	
Hospitalisation (tout mode)	67,21	21,39	68,5	p < 0,0001
Hospitalisation libre (ouvert)	48.82	17.30	53	
Hospitalisation libre (fermé)	78.19	13.03	78	
Hospitalisation sous contrainte	87.75	14.34	92	p < 0,0001

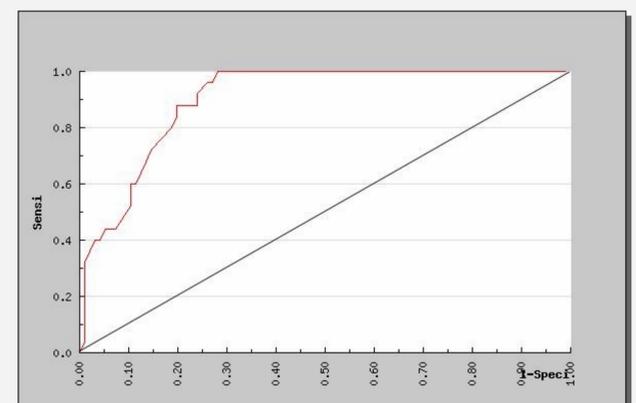
Tab.2. Score EVA en fonction de l'orientation du patient ; \* test de Kruskal-Wallis

Hospitalisation	Spé	Sen	VPP	VPN
Seuil EVA 49 mm	0,67	0,86	0,58	0,9

Tab.3. Valeurs du test au seuil maximisant l'indice de Youden pour l'hospitalisation en psychiatrie

Hospitalisation en service fermé	Spé	Sen	VPP	VPN
Seuil EVA 54 mm	0,72	1	0,48	1

Tab.4. Valeurs du test au seuil maximisant l'indice de Youden pour l'hospitalisation en service fermé



Tab.5. Courbe ROC du score EVA dans la prédiction d'une hospitalisation en milieu fermé.

## IV. Conclusions.

L'auto-évaluation par EVA de la létalité perçue par le patient de son geste semble fortement liée à la décision d'hospitalisation. Cette mesure pourrait être utile comme élément de l'évaluation clinique en particulier pour l'orientation du patient vu au SAU. Ce résultat devra être confirmé sur un échantillon plus large.

Remerciement : toute notre gratitude va à l'équipe infirmière du Service Urgence Psychiatrique de l'Hôpital Manchester, Charleville-Mézières, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Références :

- Freedenthal, S. "Challenges in Assessing Intent to Die: Can Suicide Attempters Be Trusted?" OMEGA—Journal of Death and Dying 55, no. 1 (2007): 57–70.
- Beck, Aaron T., Roy Beck, and Maria Kovacs. "Classification of Suicidal Behaviors: I. Quantifying Intent and Medical Lethality." The American Journal of Psychiatry 132, no. 3 (1975): 285–287.
- Brown, Gregory K., Gregg R. Henriques, Daniella Sosdjan, and Aaron T. Beck. "Suicide Intent and Accurate Expectations of Lethality: Predictors of Medical Lethality of Suicide Attempts." Journal of Consulting and Clinical Psychology 72, no. 6 (2004): 1170–1174.
- Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974a). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H. L. P. Resnik, & D. J. Lettieri (Eds.), The prediction of suicide (pp. 45–58). Bowie, MD: Charles Press.