

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2013

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Par

BAER Elodie, Née le 30 janvier 1980 à Paris (75)

Qualification en anesthésie-réanimation

BARRE Carole, Née le 17 décembre 1986 à Nantes (44)

Qualification en psychiatrie

DE MONTCHENU Claire, Née le 01 décembre 1983 à Toulouse (31)

Qualification en psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le 3 juin 2013

*Devenir des patients à distance d'une
intoxication médicamenteuse volontaire
nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive*

Président : Monsieur le Professeur MERCAT

Directeur : Monsieur le Professeur LEROLLE

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2013

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Par

BAER Elodie, Née le 30 janvier 1980 à Paris (75)

Qualification en anesthésie-réanimation

BARRE Carole, Née le 17 décembre 1986 à Nantes (44)

Qualification en psychiatrie

DE MONTCHENU Claire, Née le 01 décembre 1983 à Toulouse (31)

Qualification en psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le 3 juin 2013

*Devenir des patients à distance d'une
intoxication médicamenteuse volontaire
nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive*

Président : Monsieur le Professeur MERCAT

Directeur : Monsieur le Professeur LEROLLE

Cette thèse est le fruit d'un travail collectif, dont la répartition fut la suivante :

Elodie Baer :

Recrutement et appariement des patients

Réalisation de la moitié des entretiens téléphoniques

Participation à la recherche bibliographique

Rédaction des parties : résultats et résumé.

Carole Barré :

Recueil des données à partir des dossiers de psychiatrie

Réalisation de la base de données servant de support aux statistiques et saisie des données

Participation à la recherche bibliographique et intégration des articles dans le texte

Rédaction des parties : introduction et conclusion

Claire De Montchenu :

Réalisation de la moitié des entretiens téléphoniques

Participation à la recherche bibliographique

Rédaction des parties : patients et méthode et partie « psychiatrique » de la discussion

Docteur Carole Fleury, dans le cadre de la validation du DESC de réanimation médicale :

Selection et recueil des données issues des dossiers papiers et informatisés.

Double vérification de la base de données.

Participation à la recherche bibliographique

Rédaction de la partie « réanimation » de la discussion

Avec la participation des attachées de recherche clinique Floriane Schibeny et Marion Guyon, ainsi que l'externe Lucille Cabrillac qui nous ont aidé dans la construction de la base de données et à la saisie des dossiers.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen

Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD

Pr. BAUFRETON
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM.	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM.	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique reconstructrice esthétique brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUVERGER Philippe	Pédiopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie

	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LE ROLLE Nicolas	Réanimation médicale
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mmes	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM.	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM.	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie

VERRET Jean-Luc	Dermato-vénérérologie
MM. WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion
<u>MAÎTRES DE CONFÉRENCES</u>	
MM. ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
Mmes BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M. BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM. CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM. CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM. DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
MM. LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MM. MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
PAPON Xavier	Anatomie
Mmes PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M. PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M. PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM. SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Alain MERCAT

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Nicolas LEROLLE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Nicolas LEROLLE

Monsieur le Professeur Alain MERCAT

Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Madame le Docteur Bénédicte GOHIER

REMERCIEMENTS

A M. le Professeur Nicolas LEROLLE,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, d'avoir été incontestablement disponible. Reçois nos plus vifs remerciements et l'expression de notre gratitude.

A M. Le Professeur Alain MERCAT,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse, et nous vous remercions pour la qualité et la rigueur de votre enseignement au sein du service de réanimation médicale.

A M. Le Professeur Jean-Bernard GARRE,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse. Nous vous remercions pour la qualité et la richesse de votre enseignement.

A Mme le Docteur Bénédicte GOHIER,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse. Nous vous remercions pour vos conseils et vos corrections lors de l'élaboration de ce travail ainsi que pour la qualité de votre enseignement.

LISTE DES ABREVIATIONS :

A : Année

ADL : Score Activities of Daily Living

AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ET : Ecart Type

GNV : Groupe Non Ventilé

GV : Groupe Ventilé

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

Intox : Intoxication

IGSII : Indice de Gravité Simplifié II

IMV : Intoxications Médicamenteuses Volontaires

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour le Santé

MOS SF-12 : Medical Outcome Study short Form

N : Nombre

ODIN : Organ Dysfunctions and / or Infection

PMSI : Programme de Médicalisation des Système d'Information

QOL : Quality Of Life

SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aigü

TS : Tentative de Suicide

UMPS : Unité Médico Psycho Sociale

VM : Ventilation Mécanique

SOMMAIRE

I INTRODUCTION

II PATIENTS ET METHODE

II 1 recrutements et appariements des patients

II 2 données recueillies à partir du dossier médical

II 3 déroulement de l'enquête prospective

II 4 analyse statistique

III RESULTATS

III 1 Constitution des groupes de patients ventilés et non ventilés

III 2 Données issues du dossier médical de l'intoxication médicamenteuse

III 3 Devenir des patients à long terme

IV DISCUSSION

V CONCLUSION

VI REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII LISTE DES FIGURES

VIII LISTE DES TABLEAUX

VIII TABLE DES MATIERES

I- INTRODUCTION

Le suicide ainsi que les Tentatives de Suicide (TS) sont considérés depuis plusieurs années comme un problème de santé publique et déclarés depuis 1994 au rang de priorité de santé publique^{1,2}. C'est la troisième cause de mortalité prématuée (9,6%) dans la population générale, et la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans après les accidents de la route³. Selon l'INPES, 3,9% de la population générale française aurait eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée². Malgré l'absence de registre National des intoxications volontaires⁴, on évalue le nombre de tentative de suicide à 290 000 par an, avec une moyenne annuelle de 70 000 personnes hospitalisées pour ce motif (dits suicidants)⁵. Au total, le nombre de décès annuel par suicide en France est d'environ 10500 par an (dits suicidés) avec une baisse de 8% entre 1990 et 2010³. L'absorption de médicaments représente 79% des tentatives de suicide (Intoxications Médicamenteuses Volontaires : IMV)⁵. Globalement, le taux régional de mortalité par suicide dans les Pays de la Loire est supérieur de 24% à la moyenne nationale pour les hommes, et supérieur de 18% chez les femmes⁶. Cependant ce taux de mortalité diminue depuis le milieu des années 1980 sur le plan régional comme national. Ces chiffres sont probablement sous-estimés devant le nombre important de morts inexpliquées en France et dans le reste du monde⁷.

Les données sont concordantes pour définir les caractéristiques de la population des suicidants, aussi bien au cours d'enquêtes déclaratives que dans les données d'hospitalisation via le PMSI⁵, ainsi que dans les études cliniques prospectives⁴. Cette population est majoritairement composée de femmes (65%), plutôt jeunes, la tranche d'âge la plus représentée étant celle des 20-30 ans^{2,8,9}.

Le facteur de risque principal de suicide est la présence d'une pathologie psychiatrique, au premier rang desquels les troubles de l'humeur. En effet, 90% des suicidés ont une pathologie psychiatrique, et 15% des patients présentant une maladie bipolaire se suicident¹⁰. D'autres facteurs de risque interviennent, notamment l'existence d'antécédents personnels ou familiaux de suicide, d'une maladie somatique, une situation de crise psychosociale, la facilité d'accès au moyen létal, une personnalité impulsive, des événements de vie traumatiques précoces¹⁰⁻¹³. Le risque de suicide est augmenté par les troubles anxieux¹⁴ et les addictions (alcool, drogues)¹⁵.

Quant à la récidive, elle est un problème fréquemment rencontré : plusieurs études ont montré qu'il existait un taux de récidive de passage à l'acte suicidaire de l'ordre de 10% à 40% à un an d'une TS ; il est de 23% à deux ans, avec 1% de récidive par an se soldant par un décès^{16,17}.

De multiples tentatives ont été faites pour réduire ce risque chez ces patients récidivants. Les études les concernant sont contradictoires mais dans l'ensemble les idées suicidaires et le risque de récidive semblent diminuer lorsque les prises de contact avec le patient sont répétées : ainsi, des séances rapprochées de thérapie à domicile (4 sessions de 50 minutes) montrent une baisse significative des idées suicidaires et des récidives à 1 et 6 mois¹⁸⁻²⁰. Néanmoins, l'intervention téléphonique du médecin traitant à 1 ou 3 mois du geste ne semble pas diminuer le taux de récidive à un an mais seulement à 6 mois pour les primo-suicidants ; Une proposition de suivi est systématiquement proposée aux patients suicidants à la sortie d'hospitalisation²¹. Malheureusement, il est souvent impossible de vérifier leur compliance à moyen et long terme : soit en raison du refus du patient de prendre en charge sa pathologie, soit du fait d'une organisation hospitalière complexe, favorisant la perte de vue des patients. Cependant aucune étude ne fait la distinction en terme de devenir (récidive, mortalité, devenir psychique et somatique) entre les patients ayant réalisé une TS grave et les autres. Pourtant, du fait de la pluralité et de l'hétérogénéité des situations en suicidologie, on peut supposer qu'il n'existe pas un schéma unique de prise en charge, mais différents types de propositions thérapeutiques à adapter selon les profils des patients. Il serait donc intéressant d'isoler la population de patients la plus à risque de récidive afin d'améliorer leur prise en charge ultérieure.

Au sein du CHU d'Angers, les patients admis pour IMV sont systématiquement orientés vers le plateau d'accueil du département de réanimation médicale (plus de 1000 passages par an). L'accueil de ces patients est donc une activité importante de ce service. On peut classer les patients en deux grandes catégories :

- La grande majorité des patients intoxiqués amenés à l'hôpital présente une IMV bénigne sans conséquence somatique importante et ne nécessitant aucune intervention thérapeutique ni surveillance prolongée. Ces intoxications n'ont donc pas de risque vital immédiat et peuvent être considérées comme somatiquement bénignes.

- Une proportion relativement faible de patients, mais néanmoins non négligeable en valeur absolue (156 sur l'année 2009), présente une intoxication suffisamment sévère avec mise en jeu effective du pronostic vital pour justifier une admission dans une unité de réanimation. La majorité de ces patients est admise pour un trouble de conscience lié à la prise de psychotropes et justifie le recours à la ventilation mécanique (VM). L'évolution de ces patients est en règle simple au plan somatique permettant leur sortie du service de réanimation au bout de quelques jours. Néanmoins le recours à la ventilation artificielle signe une intoxication incontestablement plus grave au plan somatique que celles précédemment décrites.

Pour les patients ayant été admis en réanimation pour IMV grave, au risque de récidive s'ajoute la problématique émergente du devenir du patient ayant séjourné en réanimation. Dans la population générale des patients de réanimation, globalement, toutes les études²²⁻²⁶ montrent que la qualité de vie de ces patients est altérée à moyen et long terme comparé à la population générale. Ceci est particulièrement vrai pour les scores physiques, dont les valeurs sont très inférieures à celles de la population générale, que ce soit avant l'hospitalisation en USC, à 3mois, 6 mois, 1 an, 2.5 ans et même jusqu'à 5 ans après l'hospitalisation^{22,23}. En revanche, nous sommes d'avantage surpris par la qualité de vie mentale des patients, dont l'altération est souvent moins marquée que la dégradation de leur état physique. Ces scores rejoignent parfois même ceux de la population générale à 6 mois ou à un an selon les études^{23,27}. D'autres données viennent appuyer ces résultats, et montrent que très peu de patients, surtout parmi les personnes âgées, estiment qu'ils sont globalement insatisfaits de leur vie^{22,28} : Ceci est d'autant plus troublant que leur qualité de vie est parfois très altérée.

Malgré l'ensemble de ces données, nous ne savons pas si la gravité somatique d'une intoxication reflète un terrain et un devenir différent des intoxications non ventilées ; cela pourrait nous amener à prendre en charge différemment ces patients, notamment en élaborant un suivi plus rapproché. Le but de cette étude est donc de déterminer si les patients ayant fait une IMV somatiquement grave (définie par un recours à la ventilation mécanique lors de la prise en charge initiale), ont un devenir somatique et psychiatrique différent des patients ayant effectué une IMV somatiquement non grave (définie par l'absence de recours à la ventilation mécanique et de transfert dans une unité de réanimation).

L'objectif principal de cette étude est de comparer la qualité de vie physique et psychique des patients ayant réalisé une IMV somatiquement grave à ceux ayant réalisés une IMV somatiquement bénigne.

L'objectif principal étant d'observer les effets d'une intoxication grave sur le devenir, nous avons essayé de limiter l'impact du terrain préalable en ajustant les deux cohortes par un appariement afin que les patients soient le plus comparable possible.

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire le ressenti des patients vis-à-vis de leur hospitalisation en réanimation.
- Déterminer si les patients ayant recours à la VM ont un risque différent de récidive de tentative de suicide du groupe sans ventilation.
- Rechercher une différence d'environnement social entre les deux groupes.
- Rechercher une différence d'antécédents psychiatriques tels que recueillis au moment de l'épisode d'intoxication.
- Rechercher une différence de diagnostic psychiatrique tel que recueilli lors de l'évaluation à distance du geste.

II- PATIENTS ET METHODE

Cette étude, de type observationnelle et unicentrique, porte sur l'évaluation du devenir des patients à distance d'une IMV.

L'étude a été réalisée de deux façons : rétrospective avec récupération des données issues du dossier du patient au moment du geste suicidaire, et prospective avec appel des patients à distance du geste.

Les patients ayant réalisé une IMV « somatiquement grave » appartiennent au GV (groupe ventilé). Ils ont été appariés avec ceux ayant réalisé une IMV « somatiquement bénigne », composant le GNV (groupe non ventilé). Le degré de gravité a été déterminé par la nécessité de ventiler mécaniquement les patients. Le choix de ce critère a été décidé afin de simplifier l'inclusion.

Cette étude a été conduite en collaboration entre le service de Réanimation Médicale du CHU d'Angers (Pr A. Mercat, Pr N. Lerolle, Dr C. Fleury, E. Baer) et le Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (Pr JB. Garré, Dr B. Gohier, C. Barré, C. de Montchenu). Elle a été réalisée avec l'accord du comité d'éthique du CHU d'Angers.

Le service considéré pour cette étude est le service de réanimation médicale du CHU d'Angers qui accueille tous les patients admis au décours d'une IMV sur une zone d'accueil pour évaluation initiale. Les patients considérés comme somatiquement graves étaient admis en unité de réanimation médicale directement après l'évaluation initiale. Un entretien avec un médecin psychiatre avait lieu dès que l'état somatique le permettait. Les patients non graves n'étaient pas transférés en unité de réanimation, mais évalués directement par un médecin psychiatre (au besoin après hospitalisation de quelques heures dans une unité de surveillance continue). Dans les deux groupes, après l'accord du médecin réanimateur et l'évaluation psychiatrique, les patients étaient soit renvoyés à domicile, soit orientés vers l'hôpital psychiatrique, ou encore vers l'unité médico-psycho-sociale (UMPS) du CHU d'Angers. Cette unité permet effectivement d'accueillir des patients suicidants en demande de soins dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée.

II-1- Recrutement et appariement des patients

Les patients admis sur la zone d'accueil de réanimation médicale au CHU d'Angers pour une IMV entre janvier et décembre 2011 ont été identifiés à partir de la base de données informatique hospitalière. Pour le groupe de patients ventilés, la conjonction des deux codages suivants a permis de les sélectionner : « tentative de suicide » d'une part (en excluant par la suite les intoxications volontaires, les tentatives de suicide non médicamenteuses et les patients sous tutelle) et « ventilation mécanique » d'autre part. Pour le groupe de patients non ventilés, tous les patients répondant au codage « tentative de suicide » mais pas au codage du séjour « ventilation mécanique » ont été présélectionnés.

Les patients ayant bénéficié de la ventilation mécanique (GV) ont été appariés un pour un avec des patients non ventilés afin de constituer le GNV. Les critères d'appariement ont été le sexe identique, l'âge à ± 5 ans et l'existence ou non d'au moins un antécédent psychiatrique au moment de l'IMV défini comme : suivi psychiatrique antérieur ou actuel et/ou antécédent d'hospitalisation en psychiatrie et/ou prise actuelle ou antérieure d'un traitement antidépresseur. Ces données ont été retrouvées par le biais du dossier informatisé de chaque patient. Lorsque plusieurs patients non ventilés correspondaient selon les critères d'appariement à un patient du GV, la priorité pour l'appariement était donnée à celui dont la date d'IMV était la plus proche de celle du patient ventilé.

Les critères de non inclusion ont été définis comme suit : patient non francophone, grossesse, mineur ou incapable majeur sous tutelle. La présence d'IMV grave dans les antériorités des patients du GNV a été aussi un motif de non inclusion.

II-2- Données recueillies à partir du dossier médical

Plusieurs données du dossier médical ont été extraites des dossiers des patients GV et GNV.

Concernant les données psychiatriques, nous avons recueilli, en plus des données ayant servi à l'appariement : la présence d'antécédent(s) de TS, l'existence d'un diagnostic psychiatrique déjà posé, la consommation éventuelle de toxiques ou l'existence d'une alcoolisation chronique, et l'existence d'un suivi psychiatrique en cours ou ancien. Nous avons retenu les

informations familiales suivantes : le fait ou non d'avoir des enfants, un conjoint ainsi qu'un emploi. Enfin, nous avons sélectionné le diagnostic psychiatrique rapporté lors de l'évaluation psychiatrique au décours de l'IMV. A partir de ces informations, les patients ont été classés selon leur pathologie psychiatrique : schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles de l'adaptation, troubles de personnalité ou autre. En cas de double diagnostic, la schizophrénie ou les troubles de l'humeur ont prévalu sur les troubles de l'adaptation ou les troubles de la personnalité.

Au plan somatique, le score d'IGSII (annexe I) et le score d'ODIN (annexe II) à 24 heures calculés dans les 24 h de la prise en charge initiale ont été calculés. Les toxiques supposés ingérés ont été enregistrés selon leur classe médicamenteuse. Ont été également répertoriés en nombre de jours : les durées de séjour en réanimation et hospitalière et la durée de VM. La survie hospitalière a été notée.

L'ensemble de ces données a été colligé dans un cahier d'observation pour chaque patient.

II-3- Déroulement de l'enquête prospective

Les patients inclus ont tous été recontactés entre 6 mois et 18 mois après leur passage initial, pour une évaluation standardisée de leur qualité de vie et de leur état thymique et anxieux.

Tout d'abord, ils ont reçu une lettre d'information afin de leur laisser un temps à la réflexion avant l'appel téléphonique. Si l'adresse était incorrecte, les lettres étaient réexpédiées en réanimation et le patient était alors contacté directement par téléphone. Cette lettre mentionnait la possibilité de prise de contact avec leur médecin traitant pour recueillir leurs antécédents et leurs traitements en cours. Enfin y était évoquée la possibilité de refuser de participer à cette étude : ce refus pouvait s'exprimer par courrier, ou bien par la suite dès le début de l'appel téléphonique. Le cas échéant, le contact s'arrêtait.

Le contact par téléphone s'est fait environ 15 jours après l'envoi du courrier grâce à un recueil des coordonnées téléphoniques sur le dossier médical. En cas de changement de coordonnées, le médecin traitant ou les médecins spécialistes ont été sollicités, ou parfois même certains membres de la famille lorsque les numéros étaient mentionnés dans le dossier.

Par ailleurs, une recherche sur l'annuaire des renseignements téléphoniques a permis de vérifier l'exactitude des coordonnées.

Les appels ont été réalisés par 2 investigateurs, chacun contactant à parité égale des patients des 2 groupes. Un patient a été estimé « injoignable » lorsque l'appel n'aboutissait pas malgré plusieurs tentatives sur plusieurs semaines à différentes heures de la journée.

Les paramètres recueillis lors de l'entretien téléphonique ont été les suivants :

-Le niveau d'autonomie fonctionnelle du patient pour les activités de base de la vie quotidienne a été évalué à l'aide de l'échelle ADL de Katz (Score Activities of Daily Living). Un score inférieur à 6 indiquant un état de dépendance (Annexe IV).

-L'évaluation de la qualité de vie selon l'échelle SF-12 version 2 (Annexe III). L'échelle SF-12 ou Medical Outcome Study short Form (MOS SF-12 v2), a permis d'obtenir deux scores : un score de qualité de vie psychique et un score de qualité de vie physique. Il s'agit d'un questionnaire rempli par le sujet en quelques minutes en fonction de son ressenti par rapport à son état au cours des quatre dernières semaines. Cette échelle à 12 items, mise au point par Ware et al.²⁹ est une forme raccourcie de l'instrument générique du medical outcome study short form 36 (SF36). L'échelle SF36 a été validée dans plus de 15 pays par l'International Quality of life asessement³⁰, et le score SF 12 est lui aussi largement utilisé et validé dans 9 pays européens³¹. La capacité du questionnaire SF12 à faire la distinction entre les différents groupes de maladies est estimée à moins de 10% par rapport à celle du SF36^{29,31}.

-L'évaluation psychiatrique standardisée au moyen de l'échelle HAD (hospital anxiety and depression scale). L'échelle HAD (Annexe V) a été mise au point afin de mettre à la disposition des médecins pratiquant dans des services hospitaliers non psychiatriques. C'est un outil de dépistage ou de diagnostic précoce des troubles anxieux et dépressifs. Sa finalité ne consiste donc pas à discriminer les divers types de dépression ou d'états anxieux, mais d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer l'intensité. C'est un questionnaire structuré de 14 items (7 items évaluant la dépression et 7 items évaluant l'anxiété). Les items d'anxiété et de dépression sont alternés et pour chaque item, quatre réponses de sévérité croissante (0 = absence de trouble à 3 = trouble maximum) sont proposées. Un score total est ainsi obtenu, mais aussi séparément des sous-scores pour évaluer la dépression d'une part et l'anxiété d'autre part : le score maximal est de 42 pour l'échelle

globale et de 21 pour chacune des sous-échelles. Plus le score est élevé, plus l'intensité est importante.

-Des questions supplémentaires ont été soulevées. Une première question fermée a été posée : « Etes-vous satisfait de la prise en charge en réanimation ? » en demandant par ailleurs au patient de détailler sa position. Une deuxième question s'est intéressée à la présence ou non d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique au moment de l'appel. La troisième s'est rapportée à la poursuite ou non d'un traitement psychotrope, le patient détaillant les traitements en cas de réponse positive. Enfin, la dernière question a porté sur l'éventualité d'une récidive de tentative de suicide, auquel cas nous demandions une précision sur leur nombre et la ou les dates de ce(s) passage(s) à l'acte. Enfin, si lors de l'entretien le patient était apparu fortement déprimé ou anxieux, nous l'interrogeions pour identifier chez lui la présence d'idées noires. Le cas échéant nous nous assurions de la prise en charge en urgence par le médecin traitant ou le psychiatre.

Aucune intervention thérapeutique ou diagnostique invasive n'a été réalisée au cours de cette étude. Cependant, comme nous l'avons précisé ci-dessus, le médecin traitant pouvait être alerté si un patient verbalisait des idées suicidaires au cours de l'entretien téléphonique.

II-4- Analyse statistique

Les données quantitatives sont présentées sous forme de moyenne \pm écart type (après vérification de l'hypothèse de normalité), les données qualitatives sous forme de nombre (pourcentage). Les paramètres des groupes ventilés et non ventilés ont été comparés en utilisant le test de chi-deux ou Fisher pour les données qualitatives et le test t de Student pour les variables quantitatives continues. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée significative. Tous les tests étaient réalisés de manière bivariée, avec le logiciel Statview.

III- RESULTATS

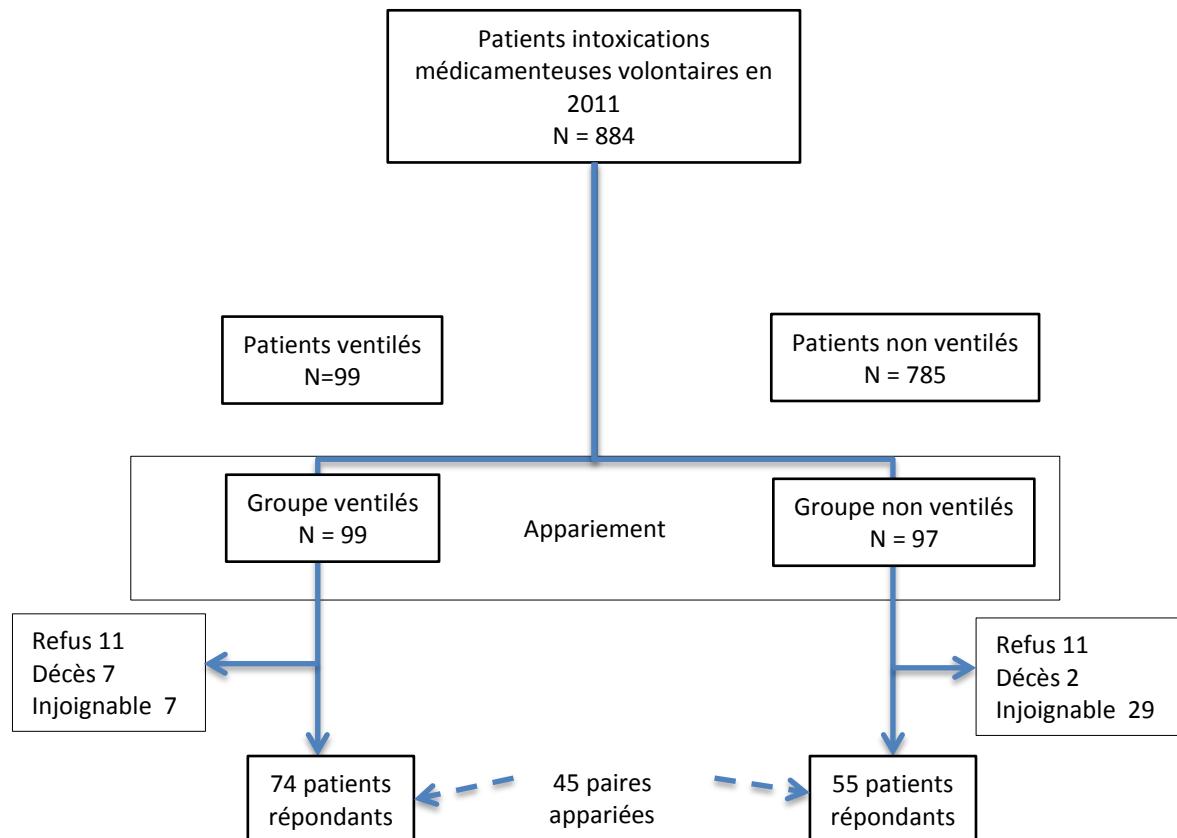
III-1- Constitution des groupes de patients ventilés et non ventilés

Sur la période considérée (année 2011), 1087 épisodes d'IMV chez 884 patients ont été pris en charge dans le département de Réanimation Médicale du CHU Angers, 99 patients (99 épisodes) ont requis la mise sous VM et été admis en unité de réanimation et constituent le GV de cette étude. Concernant les autres 988 épisodes d'IMV (785 patients) n'ayant pas requis de VM, 259 épisodes (237 patients) ont abouti à un retour direct au domicile au décours de l'évaluation initiale en réanimation, 113 ont entraîné une admission en réanimation sans recours à la VM (surveillance sans recours à une suppléance d'organe) ; les autres ont abouti à une admission en unité de soins continus ou dans un autre service de l'hôpital ou transférés directement en structure de psychiatrie.

La comparaison de 99 patients ventilés et des 785 patients non ventilés a montré chez les patients ventilés une moindre fréquence de femmes (43% vs 57%, p = 0.02) et un âge plus élevé (44±15 vs 40±14 ans, p = 0,02).

Enfin, à partir des 785 patients non ventilés, 97 patients ont été appariés avec les patients ventilés et ont constitué pour cette étude le GNV (figure 1). Deux patients ventilés âgés de plus de 75 ans n'ont pu être appariés avec des patients non ventilés selon les critères d'appariement. Comme indiqué figure 1, 74 patients GV et 55 patients GNV ont pu être joints par téléphone à distance de l'intoxication médicamenteuse, réalisant 45 couples de patients appariés joignables GV et GNV.

Figure 1 : diagramme de flux de l'étude



III-2- Données issues du dossier médical de l'intoxication médicamenteuse

Les deux groupes ne présentaient aucune différence significative pour l'âge, le sexe et l'existence d'un antécédent psychiatrique (défini comme suit : suivi psychiatrique actuel ou ancien et/ou traitement psychiatrique et/ou hospitalisation antérieure en milieu psychiatrique), la présence d'un antécédent étant un critère d'appariement entre les deux groupes. En revanche il existait au sein des antécédents psychiatriques, une différence pour l'existence d'un traitement psychiatrique antérieur, les patients GV ayant plus fréquemment déjà reçu un

traitement que les patients GNV. Il existait également une tendance non significative à une plus grande fréquence de TS antérieures dans le GV. Les patients GV et GNV n'étaient enfin pas différents pour l'environnement socio familial et professionnel ainsi que pour la consommation d'alcool et de stupéfiants.

Tableau I. Antécédents recueillis lors de l'intoxication médicamenteuse volontaire des patients du groupe ventilés (GV) et du groupe non ventilés (GNV)

	GV n = 99	GNV n = 97	p
Age (années)	44,7 ± 15	43,7 ± 14	0,64
sexe féminin	45 (45)	45 (46)	1
Antécédent psychiatrique ¹	83 (84)	82 (85)	0,94
Suivi par un psychiatre actuel ou ancien	69 (70)	66 (68)	0,84
Hospitalisation antérieure en psychiatrie	65 (66)	52 (54)	0,10
Traitement psychiatrique antérieur ou actuel	78 (79)	63 (65)	0,04
Antécédent de tentative de suicide	68 (69)	54 (56)	0,08
Marié, pacsé ou concubinage	41 (41)	42 (43)	0,79
Enfant(s)	62 (63)	60 (62)	0,99
Emploi	33 (33)	26 (27)	0,34
Consommation de stupéfiant actuelle ou antérieure	11 (11)	7 (7)	0,14
Intoxication alcoolique chronique actuelle	32 (32)	33 (34)	0,22

Les données sont exprimées en n (%)

Les caractéristiques cliniques notées lors de la prise en charge initiale pour intoxication et les données du séjour hospitalier sont représentées dans le tableau II. En accord avec les critères de constitution des groupes, les patients du GV avaient lors de la prise en charge initiale des scores de gravité de réanimation (IGS2, ODIN) plus élevés et des durées de séjour en réanimation plus longues (seuls 15 patients du GNV ont été pris en charge en réanimation). Il n'y avait pas de différence de type de médicaments (avoués par les patients ou suspectés par les médecins) pris pour l'intoxication médicamenteuse entre les deux groupes, sauf pour les carbamates plus fréquemment rencontrés chez les patients ventilés mais concernant un petit

nombre de patients. Deux décès ont été observés dans le GV (arrêt cardiaque hypoxique sur pneumopathie d'inhalation à la prise en charge initiale pour les deux patients).

Tableau II: Données cliniques lors de la prise en charge initiale pour intoxication médicamenteuse volontaire et évolution hospitalière.

	GV n = 99	GNV n = 97	p
Indice de gravité simplifié (IGSII)	37,2±13	11,2±5	<0,001
ODIN (Organ dysfunction and Infection)	2,1±0,7	0	<0,001
Toxique ingéré			
antidépresseur tricyclique	4 (4)	0 (0)	0,12
carbamates	11 (11)	0 (0)	0,03
thymorégulateur	5 (5)	5 (5)	0,91
morphinique	5 (5)	1 (1)	0,24
paracétamol	5 (5)	4 (4)	0,85
antidépresseur non tricyclique	26 (26)	19 (19)	0,47
neuroleptique/antipsychotique	21 (21)	17 (17)	0,72
benzodiazépine	66 (66)	71 (7)	0,6
alcool	16 (16)	26 (26)	0,19
AINS	10 (10)	7 (7)	0,68
Admission en unité de réanimation	99 (100)	15 (15)	<0,001
Durée de ventilation mécanique (jours)	3,3±5,9	0 (0)	<0,001
Durée de séjour en réanimation (jours)	4,6 ± 7	0,3±0,8	<0,001
Durée de séjour hospitalière (jours)	8±11	2±3	<0,001
Mortalité hospitalière	2 (2)	0 (0)	0,5

Les données sont exprimées en moyenne ± écart type, ou n(%).

¹Anti inflammatoire non stéroïdien

Le tableau III représente les diagnostics psychiatriques retenus à la sortie des patients de réanimation au décours de l'entretien psychiatrique systématique. On note que les populations des GV et GNV sont significativement différentes, les troubles de l'adaptation étant plus fréquemment retrouvés dans le GNV et les troubles de l'humeur plus fréquents dans le GV.

Tableau III : Diagnostics psychiatriques retenus au décours de l'intoxication médicamenteuse volontaire

	GV n = 99	GNV n = 97	P
Schizophrénie	9 (9)	8 (8)	
Troubles de l'adaptation	17 (17)	30 (30)	
Troubles de l'humeur	55 (55)	37 (37)	
Troubles de la personnalité	8 (8)	4 (4)	0,007
Addictions	4 (4)	14 (14)	
Données manquantes	6 (6)	4 (4)	

Les données sont exprimées en n (%).

Le devenir des patients en termes d'orientation à l'issue de l'évaluation initiale ou du séjour en réanimation est détaillé sur le tableau IV. Aucune différence significative n'était notée entre les patients GV et GNV.

Tableau IV : Orientation des patients survivants au décours de l'évaluation initiale ou du séjour en réanimation

	GV n = 99	GNV n = 97	P
Domicile	23 (23)	22 (22)	
Hôpital psychiatrique	44 (44)	40 (40)	
Autre service de soins aigus	24 (24)	30 (30)	0,83
Autre	8 (8)	5 (5)	

Les données sont exprimées en n (%).

III-3- Devenir des patients à long terme

Les patients des deux groupes ont été appelés en moyenne un peu plus d'un an après l'épisode d'IMV (GV $13,2 \pm 3$ mois vs GNV $13,8 \pm 3$ mois, $p = 0,23$), sans différence significative entre les deux groupes.

La durée de l'appel téléphonique était en moyenne 10 ± 5 minutes pour le GV, et 9 ± 5 minutes pour le GNV, sans différence significative entre les deux groupes. ($p = 0,46$).

Les tentatives de contact téléphonique ont abouti à des résultats significativement différents entre les deux groupes (tableau V). Le nombre de patients ayant refusé de répondre au questionnaire était identique dans les deux groupes (retour de courrier ou lors de l'appel). Néanmoins le nombre de refus du GNV a sans doute été sous-estimé du fait que plus de patients du GV ont pu être joints et ont accepté de répondre au questionnaire. Plus de patients GNV étaient injoignables avec néanmoins preuve de vie récente rapportée par un proche ou un personnel de soins. L'impossibilité de contact était liée à des déménagements sans adresse disponible ou à un isolement social. Le nombre de décès à un an était significativement plus important chez les GV, 5 patients supplémentaires étant décédés depuis la sortie de réanimation, tous par suicide. Les deux patients GNV décédés sont morts de cause naturelle. Les perdus de vue correspondent à des patients pour lequel ni contact, ni preuve de vie n'a pu être établie et étaient plus représentés chez les GNV.

Tableau V : Devenir des patients à distance

	GV n = 99	GNV n = 97	P
Patients contactés avec réponse au questionnaire	74 (75)	55 (5)	
Refus de réponse au questionnaire	11 (11)	11 (11)	
Injoignables avec preuve de vie	5 (5)	15 (15)	<0,001
Perdus de vue	2 (2)	14 (14)	
Décédés	7 (7)	2 (2)	

Les données sont exprimées en n (%).

Les données des patients ayant répondu au questionnaire ont été comparées entre les GV et GNV, tout d'abord en incluant les 74 répondants GV et les 55 GNV, puis en comparant les 45 couples appariés. Les résultats obtenus étaient les mêmes pour ces deux analyses (tableau VI). Le nombre de patients ayant un score ADL < 6 (soit l'existence d'une perte d'autonomie dans au moins une composante de la vie quotidienne) était significativement plus important chez les GV. Il est à noter que 4 des 6 patients avec ADL<6 avaient déjà une limitation de leur autonomie notée lors de la prise en charge pour l'intoxication en raison de maladies neurologiques, digestives ou ostéo-articulaires. Concernant l'évaluation des symptômes dépressifs et anxieux à l'aide de l'échelle HAD, alors qu'il n'existe pas de différence pour le score d'anxiété, le score de dépression était significativement plus élevé dans le GV. Il

n'existe pas de différence de qualité de vie perçue, aussi bien pour la composante mentale que physique selon l'échelle SF-12.

Tableau VI : Résultat des échelles d'évaluation à distance

	Ensemble des répondants			Couples appariés répondants		
	GV n = 74	GNV n = 55	p	GV n = 45	GNV n = 45	p
ADL < 6	6 (6)	0 (0)	0,03	4 (8)	0 (0)	0,05
SF12 physique	46,2±11	45,9±11	0,89	44,7±11	45,7±11	0,7
SF12 mental	40,5±14	43,3±14	0,25	39,4±15	42,7±14	0,28
HAD anxiété	7,8±5	8,3±5	0,6	8±5	8±5	0,94
HAD dépression	8,1±6	5,4±5	0,01	8,4±6	5,5±5	0,01

Les données sont exprimées en moyenne ± écart type, ou n(%).

A la question « êtes-vous satisfait de votre prise en charge en réanimation médicale », l'immense majorité des patients répondaient « oui » sans différence entre les groupes. Il n'existe pas de différence significative pour l'existence d'un suivi psychiatrique.

Tableau VII – Satisfaction globale et suivi psychiatrique à distance

	GV n = 74			GNV n = 55			p
	oui	Non	NSP ¹	Oui	Non	NSP ¹	
Satisfaction globale	59 (80)	2 (3)	13 (18)	45 (82)	2 (4)	8 (15)	0,7
Suivi psychiatrique	43 (58)	30 (41)	1 (1)	25 (45)	29 (53)	1 (2)	0,2

Les données sont exprimées en n(%).

¹ Ne sait pas

Finalement, concernant les récidives de TS, en combinant les décédés par récidive de TS et les récidives rapportées par les patients lors de l'appel téléphonique, une différence significative était observée, avec plus de récidive dans le GV (GV TS oui n=23 soit 34%; TS non n=55 ; GNV TS oui n=6 soit 12% ; TS non n=46, p =0,02). La portée de cette observation est toutefois limitée du fait du nombre important de perdus de vue dans les deux groupes.

IV- DISCUSSION

Cette étude a comparé une population de patients suicidants par IMV ventilés en réanimation à une population de suicidants par IMV non ventilés, appariés pour l'âge, le sexe et l'existence d'au moins un antécédent psychiatrique. Le devenir des patients était évalué par entretien téléphonique tenu en moyenne 13 mois après l'hospitalisation initiale. Notre étude montre que les deux cohortes étaient différentes malgré l'appariement en ce qui concerne le diagnostic psychiatrique initial : les patients ayant réalisé une IMV somatiquement grave étaient plus fréquemment atteints de troubles de l'humeur, alors que ceux ayant réalisé une IMV somatiquement bénigne souffraient plus souvent de troubles de l'adaptation. Ces cohortes divergeaient également nettement en terme de devenir. Les patients non ventilés se sont révélés plus difficiles à recontacter à distance que les patients ventilés, du fait d'un nombre important de patients non ventilés ayant déménagé ou étant socialement isolés ou complètement perdus de vue. Cette observation révèle deux populations aux comportements très différents. Sous réserve du nombre de patients perdus de vue, le nombre de décès par suicide et de récidive de TS était plus important dans le groupe des IMV ventilées. Finalement, parmi les patients joignables, les patients ventilés avaient un score de dépression à l'échelle HAD plus élevé, en revanche ce score ne révélait pas de différence en terme d'anxiété entre les deux groupes et l'emploi du SF12 ne montrait pas de différence en terme de qualité de vie mentale et physique. Enfin, presque tous les patients étaient satisfaits de leur prise en charge en réanimation, aucun n'a exprimé qu'il aurait préféré ne pas avoir été réanimé.

Cette étude, première étude de ce type retrouvée dans la littérature, a été permise par la structuration de l'accueil des suicidants au CHU d'Angers et par une collaboration entre les départements de réanimation médicale et de psychiatrie et de psychologie médicale, tant dans le soin que dans le domaine de la recherche. Elle s'inscrit dans l'axe V de recherche en suicidologie du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014³².

Les résultats montrent que la gravité somatique du geste suicidaire permet de différencier deux populations distinctes ; cette gravité somatique n'est donc pas simplement liée au hasard de la quantité ou de la classe thérapeutique des médicaments disponibles au moment du passage à l'acte. Différentes hypothèses peuvent être évoquées pour l'expliquer.

Dans un premier temps, nous pourrions penser que les patients ayant été ventilés avaient des pathologies psychiatriques associées à un traitement psychotrope potentiellement plus dangereux, et donc entraînant des IMV somatiquement plus graves : notre étude infirme cette hypothèse. En effet, aucune différence de classe thérapeutique de médicaments utilisés pour l'IMV n'a été retrouvée entre les deux groupes, en dehors des Carbamates concernant une minorité de patients. Une autre hypothèse est donc à envisager, celle selon laquelle la gravité somatique initiale ne serait pas corrélée au type de médicament utilisé, mais plus probablement à la quantité ingérée et donc à un effet-dose ; dans ce cas il devient clair que la gravité somatique de l'IMV reflète, en réalité, l'intentionnalité suicidaire en lien avec des pathologies différentes. Ce raisonnement est concordant avec les résultats de notre étude qui révèlent des pathologies psychiatriques différentes entre les deux groupes. Les patients du GV sont plus déprimés et prennent donc une quantité plus importante de médicaments au moment du passage à l'acte, certains d'entre eux ayant pu le prémediter et stocker des médicaments de façon anticipatoire.

Les patients du GNV quant à eux, présentent plus de troubles de l'adaptation réactionnels à des évènements de vie pouvant mener à des TS impulsives sans état dépressif caractérisé. Les médicaments sont donc en général pris en moindre quantité.

En résumé, on identifie dans notre étude que la présence de troubles de l'humeur est un facteur de gravité en cas de passage à l'acte suicidaire. Cette donnée va d'ailleurs dans le sens des études réalisées sur le sujet. Elles concluent en effet, que la présence de troubles de l'humeur est associée à un sur-risque de passage à l'acte auto agressif, quel que soit le moyen létal utilisé^{5,33}. En outre, la Fédération Française de Psychiatrie établit que ces troubles de l'humeur constituent un facteur de risque majeur de récidive⁶. Enfin plusieurs études vont dans le sens d'une intentionnalité suicidaire plus élevée lorsque les patients présentent des troubles de l'humeur^{34,35}, et de TS plus graves en cas de présence de comorbidités psychiatriques³⁶.

Par ailleurs, si la présence de troubles de l'humeur est associée à une gravité du geste au moment du passage à l'acte, notre étude tend à montrer que cette corrélation se prolonge à distance de l'IMV. En effet, il y a plus de récidive de geste suicidaire et plus de mortalité par suicide dans le groupe somatiquement grave. L'intentionnalité suicidaire initiale plus forte dans le GV, induit un risque majoré de récidive et de mortalité par suicide, confirmant les données de Suominen³⁷ : dans cette cohorte, l'intentionnalité suicidaire au moment du geste

est un facteur de risque de mortalité à long terme par suicide. Dans notre étude, 13 mois après cette tentative de suicide grave, 28 patients du GV ont récidivé et parmi eux, 5 (soit 18%) sont décédés. Le taux de récidive dans le GV est plus de trois fois supérieur au GNV. Par ailleurs, la récidive se soldant par un décès atteint 5% dans le GV alors qu'elle est nulle dans le GNV, et de 1% dans la littérature. La limite que l'on doit apporter à cette différence est qu'un nombre de patients non négligeable de la cohorte non ventilée reste perdue de vue (14%) : ces patients, souffrant en effet plus fréquemment de troubles de l'adaptation et réalisant une TS réactionnelle au décours d'un événement de vie, sont plus mobiles et instables suite à un changement de mode vie, un déménagement ou un isolement. Aussi, il n'est pas possible d'affirmer que ces patients n'ont pas récidivé et, a fortiori, ne sont pas décédés à la suite d'une nouvelle tentative de suicide. Néanmoins, indépendamment du nombre exact de récidives dans le GNV, le taux de décès par suicide dans le GV reste préoccupant (7%), et il semble donc important de porter notre attention sur la prévention des récidives dans ce groupe.

La différence entre les deux groupes se manifeste enfin dans les scores de dépression de l'échelle HAD. Les patients du GV ayant plus de troubles de l'humeur et récidivant plus fréquemment que les autres, il était attendu et cohérent qu'ils présentent des affects dépressifs plus élevés lors de l'entretien téléphonique à distance du geste.

Cependant, en dehors de ce score, nous n'observons pas de différence significative sur le devenir de nos patients en termes de qualité de vie physique ou mentale. Les études sur la qualité de vie (QOL) après passage en réanimation révèlent pourtant toutes une diminution de la qualité de vie de ces patients dans les années suivant leur hospitalisation^{22-25,38,39}. Ce retentissement est particulièrement important lorsque la pathologie initiale concerne un traumatisme sévère, un sepsis sévère, un SDRA et en cas de recours à la VM comme dans notre groupe d'IMV grave⁴⁰. Ainsi, contrairement à la littérature, la VM n'a pas influencé significativement la qualité de vie de cette population d'IMV graves. Pourtant, l'autonomie de ces patients ventilés mesurée selon le score d'autonomie ADL, est significativement plus altérée que celle des patients non ventilés : cela devrait donc avoir une répercussion sur leur qualité de vie, ou tout du moins sur la composante physique. Cet élément surprenant a déjà été rapporté dans une étude qui, elle aussi, ne retrouve pas de corrélation entre l'altération du score ADL et la baisse du score SF12 à 1 an de la sortie de réanimation⁴¹. Cette contradiction pourrait plus simplement s'expliquer par une altération d'autonomie plus fréquente chez les IMV ventilées avant leur admission en réanimation. Lorsqu'on s'intéresse dans la cohorte de GV appariés joignables aux patients avec un score ADL inférieur à 6 (n=6), 4/6 ont une

autonomie altérée avant le geste initial du fait d'une maladie neurologique ou métabolique avec retentissement fonctionnel. Une dernière hypothèse pour expliquer cette particularité repose sur la différence observée entre la durée de VM, de $2,5 \pm 2,6$ jours dans notre étude, et celle bien supérieure rencontrée dans la littérature (11 ± 17 jours)⁴².

Au-delà de l'absence de différence entre les deux groupes dans les scores de QOL, il ne faut pas oublier que la composante mentale du score SF 12, même en l'absence de différence significative entre les GV(40.5) et GNV(43.3), reste inférieure aux scores de la population générale, évalués à 50 ± 10 ⁴¹.

On peut donc émettre l'hypothèse qu'une durée courte de VM, associée à une monodéfaillance (puisque nos patients ne présentaient ni sepsis, ni traumatisme sévère, ni choc...), n'altère pas le devenir physique et mental du patient, contrairement aux durées de VM plus longues qui, comme le révèle la littérature, ont de réelles répercussions. Au-delà de cette hypothèse, on pourrait même estimer que ce n'est pas la ventilation ou l'hospitalisation en réanimation en soi qui est à l'origine d'une dégradation de la qualité de vie des patients, mais plutôt l'évolution naturelle de la pathologie chronique sévère sous-jacente.

Les résultats de cette étude doivent cependant être interprétés avec prudence pour diverses raisons.

Une des limites se situe dans le nombre de patients perdus de vue. Une nouvelle analyse par couples appariés joignables a permis de s'affranchir partiellement de ce biais en ce qui concerne l'évaluation des échelles à distance et retrouve les mêmes résultats concernant les échelles ADL, SF-12 et HAD.

De plus, un biais diagnostic existe du fait des conditions parfois difficiles de l'entretien psychiatrique d'évaluation dans le service de réanimation médicale. Cet entretien, souvent unique, réalisé par le psychiatre des urgences ne permet en effet pas toujours de poser un diagnostic de certitude notamment concernant les troubles de personnalité qui nécessitent souvent une meilleure connaissance psychopathologique du patient suicidant.

Par ailleurs, les échelles SF-12 et HAD validées dans la littérature comme auto-questionnaire, ont été utilisées dans notre étude comme hétéro-questionnaire du fait notamment de l'impossibilité de revoir tous les patients inclus en entretien à distance.

Enfin, le refus de l'entretien de certains patients (expression d'un mécontentement et rejet global de la réanimation ou de la psychiatrie, dépression évoluée rendant cet entretien trop douloureux pour être entrepris) peut conduire à un biais supplémentaire, notamment sur

l'évaluation de la satisfaction de la prise en charge en réanimation. Néanmoins, nous retenons que les patients de notre étude ayant refusé le contact restent peu nombreux, contrairement à d'autres études dont la faisabilité a été remise en cause par un taux de refus important³⁴.

Nous avons souhaité évaluer la satisfaction de prise en charge des patients en réanimation. Nous avons, lors de l'entretien téléphonique, orienté la discussion vers cette question de manière informelle et indirecte, comme le souhaitait le Comité d'Ethique. A la question initialement fermée « êtes-vous satisfait d'avoir été pris en charge en réanimation ? », les patients étaient amenés à développer leur ressenti sur la prise en charge stricto sensu qu'ils avaient perçu lors de leur passage en réanimation ; et ils pouvaient aussi s'exprimer sur le fait qu'ils auraient préféré ne pas être réanimés. Nous sommes rassurés de constater qu'une grande majorité est satisfaite d'avoir été réanimée, sans différence significative entre les deux groupes. Seuls 3% GV et 4% GNV ont répondu par la négative. Avec la transformation de la société et de la relation médecin-malade, nous évoluons d'un modèle paternaliste et inégalitaire, à une valorisation de l'autonomie du patient et des exigences de savoir et de choix de ce dernier. Il n'est désormais plus admis que le médecin décide unilatéralement de soigner un patient contre son gré, même si le principe de bienfaisance l'anime. Néanmoins, on accepte que, lorsqu'il y a passage à l'acte et/ou refus de soins au décours d'un geste suicidaire, le patient a perdu sa faculté de libre arbitre dans un climat dépressif clair. Ainsi, indépendamment du niveau de conscience du patient, l'absence de consentement aux soins de réanimation est considérée comme une décision inadaptée du patient. Par conséquent, le médecin se substitue au choix de mourir du patient et en vient à le réanimer contre sa volonté. Notre étude va donc dans le sens d'une légitimité de l'action du médecin dans un contexte de perte provisoire du libre arbitre des patients, puisque ceux-ci sont heureux a posteriori d'avoir évité la mort.

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de différence significative dans la prise en charge psychiatrique des patients entre les deux groupes, alors qu'il y a une surmortalité et une augmentation du taux de récidive chez les patients du GV. Cela pose la question de l'efficacité de la prévention primaire et secondaire des suicidants. La prise en charge psychiatrique au décours d'une TS pourrait alors s'adapter à la gravité de celle-ci⁴³. Une hospitalisation en psychiatrie pourrait être ainsi proposée systématiquement aux patients ayant réalisé une IMV somatiquement grave, ainsi qu'une réévaluation psychiatrique précoce et répétée : cela permettrait alors une évaluation du risque suicidaire et la mise en place si besoin

d'un suivi psychiatrique plus soutenu ou de novo s'il n'a pas été mis en place initialement ou abandonné depuis¹⁷. Par ailleurs, on peut se poser la question de l'intérêt de l'utilisation systématique de l'échelle SIS (Suicide Intent Scale) permettant l'évaluation de l'intentionnalité suicidaire pour améliorer la prise en charge initiale des patients⁴⁴. Cette échelle, mise au point par Beck en 1974, est la seule échelle qui ne s'intéresse qu'à la TS qui vient d'avoir lieu. Cette échelle est un hétéro-questionnaire évaluant l'intensité de l'intentionnalité suicidaire et a une valeur prédictive du risque de mortalité par suicide abouti⁴⁵.

En ce qui concerne les patients du GNV plus mobiles et instables, ils risquent plus volontiers d'échapper au suivi psychiatrique entrepris. Nous pouvons dès lors nous interroger sur les indications du suivi psychiatrique et sur la pertinence de l'orientation vers la psychiatrie sectorisée. Ne serait-il pas plus judicieux de proposer une prise en charge psychiatrique personnalisée pour ces patients souffrant de troubles psychiatriques plus volontiers réactionnels à des événements de vie, en incluant plus particulièrement les médecins généralistes, les associations?

V- CONCLUSION

En conclusion, cette étude innovante est la première à évaluer le devenir psychique et somatique de patients à distance d'une IMV intubés-ventilés. Elle met en évidence que cette population est différente du groupe contrôle composé de patients ayant réalisé une IMV somatiquement bénigne. Les patients nécessitant une VM présentent plus de symptômes dépressifs au moment du passage à l'acte et un an après le geste. Par ailleurs, ils ont un risque de récidive suicidaire et de mortalité par suicide majoré à un an du geste initial. Néanmoins, les patients des deux groupes sont en grande majorité satisfaits d'avoir été réanimés, ce qui légitime, dans ce cas précis, l'action du médecin de se substituer à la volonté du patient. Enfin, bien qu'on ne puisse minimiser la portée d'un geste suicidaire quelle qu'en soit la gravité et l'intentionnalité sous-jacente, cette étude nous incite à axer la prévention secondaire prioritairement sur ces patients plus à risque. Nous pourrions désormais réaliser une étude prospective avec un suivi plus rapproché de ces patients grave pour évaluer l'évolution du risque suicidaire ultérieur.

VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France.*; 1994.
2. TERRA JL. Editorial. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire.* 2011;(47-48):1.
3. GEPS. Suicides, étude et prévention. *GEPS.* 2008. Available at: <http://www.geps.asso.fr/articles.php?rub=8>.
4. BERNAS F. Epidémiologie descriptive des patients pris en charge aux urgences pour une tentative de suicide. *Journal européen des urgences.* 2009;22:206.
5. CHAN-CHEE C. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire.* 2011;(47-48):492–496.
6. ARS. Suicide et TS dans les Pays de la Loire - bilan 2013. 2013.
7. KRUG E, DALHBERG L, MERCY J, ZWI A, LOZANO R. *World report on violence and health.* Genève: OMS; 2002.
8. BECK F. Tentative de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire.* 2011;(47-48):488–492.
9. HENRY A. Epidemiological trends of suicide and attempted suicide by poisoning in US. *Legal Medicine.* 2010;12:177–183.
10. HAWTON. Suicide. *Lancet.* 2009;373:1372–1381.
11. BERGEN H, HAWTON K, WATERS K, et al. Premature death after self-harm : a multicentre cohort study. *Lancet.* 2012;380(9853):1568–1574.
12. MOSCICKI E. Epidemiology of completed and attempted suicide : toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research.* 2001;1:310–323.
13. MOSCICKI E. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric clinics of North America.* 1997;20(3):499–517.
14. KHAN A. Suicide risk in patients with anxiety disorders : a meta-analysis of the FDA database. *Journal of affective disorders.* 2002;68:183–190.
15. VIDAL A. Etude des caractéristiques des tentatives de suicide graves : comparaison avec les autres tentatives de suicide. *Annales médico-psychologiques.* 2001;(159):128–130.
16. LAMBERT H, MANEL J, BELLOU A, EL KOUCH S. Morbidité et mortalité par intoxications médicamenteuses aigues en France. *La Revue du Praticien.* 1997;47:716–720.
17. LORILLARD S, SCHMITT L, ANDREOLI A. Comment traiter la tentative de suicide ? 1re partie : efficacité des interventions psychosociales chez des patients suicidants à la sortie des urgences. *Annales médico-psychologiques.* 2011;(169):221–228.

18. GREGORY. Postcards from the edge project : randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning.
19. GUTHRIE E, KAPUR N, MACKWAY-JONES K, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self-poisoning. *BMJ*. 2001;323:135–138.
20. VAIVA G, DUCROCQ F, MEYER P, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department : randomised controlled study. *BMJ*. 2006;332:1241–1245.
21. FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2001.
22. CUTHBERTSON B, ROUGHTON S, JENKINSON D, MACLENNAN G, VALE L. Quality of life in the five years after intensive care : a cohort study. *Critical care*. 2010;14.
23. CUTHBERTSON B, SCOTT J, STRACHAN M, KILONZO M, VALE L. Quality of life before and after intensive care. *Anaesthesia*. 2005;60(4):332–339.
24. DOWDY D, EID M, SEDRAKYAN A, et al. Quality of life in adult survivors of critical illness : a systematic review of the literature. *Intensive care medicine*. 2005;31(5):611–620.
25. EDDELSTON J, WHITE P, GUTHRIE E. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med*. 2000;28(7):2293–2299.
26. LAM S, LAU A, YAN W. Over 8 years experience on severe acute poisoning requiring intensive care in Hong Kong, China. *Hump Exp Toxicol*. 2010;29(9):757–765.
27. TABAH A, PHILIPPART F, TIMSIT J, et al. Quality of life in patients aged 80 or over after ICU discharge. *Critical care*. 2010;14(1).
28. MONTUCLARD L, GARROUSTE-ORGEAS M, TIMSIT J, MISSET B, DE JONGHE B, CARLET J. Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. *Critical care*. 2000;28(10):3389–3395.
29. WARE J, SCHERBOURNE C. The MOS 36-items short-form health survey (SF36). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473–474.
30. LEPLEGE A, ECOSSE A, VERDIER E, PERNEGER T. The french sf-36 health survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1013–1023.
31. GANDEK B, WARE J, AAROSON N. Cross validation of item selection and scoring for the sf-12 health survey in nine countries : results from the iqola project. International quality of life assessment. *Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1171–1178.
32. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. *Le site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé*. 2011. Available at: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf.

33. BOBI M, JIANHUA M. Comparison of patients with and without mental disorders treated for suicide attempts in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China.
34. DOUGLAS J. Near fatal deliberate self harm : characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *Journal of affective disorders*. 2004;79:263–268.
35. SCOCCO P, MARIETTA P, TONIETTO M, DELLO BUENO M, DE LEO D. The role of psychopathology and suicidal intention in predicting suicide risk : a longitudinal study. *Psychopathology*. 2000;33(3):143–150.
36. BEAUTRAIS AL. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts : a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1009–1014.
37. SUOMINEN K, ISOMETSA E, OSTAMO A, LONNQVIST J. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide : a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2004;4(11).
38. HERRIDGE M, CHEUNG A, TANSEY C, MATTE MARTYN A, DIAZ GRANADOS M, AL SAIDI F. One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2003;348(8):683–693.
39. SCHELLING G, STOLL C, VOGELMEIER C, HUMMEL T, BEHR J. Pulmonary function and health-related quality of life in a sample of long-term survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Intensive care medecine*. 2000;9(26):1304–1311.
40. BROOKS R, KERRIDGE R, HILLMAN K, DAFFURN K. Quality of life outcomes after intensive care. Comparaison with a community group. *Intensive care medecine*. 1997;23(5):581–586.
41. VEST M, MURPHY T, ARAUJO K, PISANI M. Disability in activities of daily living, depression, and quality of life among older medical ICU survivors : a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9(5).
42. HOFHUIS J, SPRONK P, VAN STEL H, SCHRIJVERS G, ROMMES J, BAKKER J. The impact of critical illness on perceived health-related quality of life during ICU treatment, hospital stay, and after hospital discharge : a long-term follow-up study. *Chest*. 2004;133(2):377–385.
43. METTON J. Intoxication médicamenteuse grave en réanimation, prise en charge psychiatrique. *Réanimation*. 2006;15:399–404.
44. STEFANSSON J, NORDSTROM P, JOKINEN J. Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. *Journal of affective disorders*. 2012;136:167–171.
45. PIERCE D. The predictive validation of a suicide intent scale : a five-year follow-up. *Brit J Psychiat*. 1981;139:391–396.

VII- LISTE DES FIGURES

Figure 1 : diagramme de flux de l'étude.....p.20

VIII- LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Antécédents recueillis lors de l'intoxication médicamenteuse volontaire des patients du groupe ventilé (GV) et du groupe non ventilés (GNV).....p.21

Tableau II : Données cliniques lors de la prise en charge initiale pour intoxication médicamenteuse volontaire et évolution hospitalière.....p.22

Tableau III : Diagnostics psychiatriques retenus au décours de l'intoxication médicamenteuse volontaire.....p.23

Tableau IV : Orientation des patients survivants au décours de l'évaluation initiale ou du séjour en réanimation.....p.23

Tableau V : Devenir des patients à distance.....p.24

Tableau VI : Résultats des échelles d'évaluation à distance.....p.25

Tableau VII : Satisfaction globale et suivi psychiatrique à distance.....p.25

IX- TABLE DES MATIERES

I	INTRODUCTION.....	p.10
II	PATIENTS ET METHODE.....	p.14
	II 1 recrutements et appariements des patients.....	p.15
	II 2 données recueillies à partir du dossier médical.....	p.15
	II 3 déroulement de l'enquête prospective.....	p.16
	II 4 analyse statistique.....	p.18
III	RESULTATS.....	p.19
	III 1 Constitution des groupes de patients ventilés et non ventilés.....	p.19
	III 2 Données issues du dossier médical de l'intoxication médicamenteuse	p.20
	III 3 Devenir des patients à long terme.....	p.23
IV	DISCUSSION.....	p.26
V	CONCLUSION.....	p.31
VI	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	p.32
VII	LISTE DES FIGURES.....	p.35
VIII	LISTE DES TABLEAUX.....	p.35
IX	TABLE DES MATIERES.....	p.36
X	ANNEXES.....	p.37

ANNEXES

ANNEXE I : score IGS II

ANNEXE II : score ODIN

Organes	Critères	Valeurs (1 si oui, 0 si non)	Bêta	Points
Respiration	PaO ₂ < 60 mmHg (FIO ₂ =0,21) ou : Nécessité d'assistance ventilatoire	<input type="button" value="▼"/>	0	0
Cardiovasculaire (en dehors de l'hypovolémie à PVC < 5 mmHg)	PAS < 90 mmHg avec signes d'hypoperfusion périphérique ou : Support inotrope ou vasopresseur pour maintenir PAS > 90 mmHg	<input type="button" value="▼"/>	0	0
Rein (en dehors de l'hémodialyse chronique)	Créatinine > 34 mg/L ou > 300 micromoles/L ou : diurèse < 500 mL/24 h ou < 180 mL/8 h ou : nécessité d'une hémodialyse / dialyse péritonéale	<input type="button" value="▼"/>	0	0
Neurologie	Glasgow < 6 en l'absence de sédation ou : Apparition d'un Sd confusionnel	<input type="button" value="▼"/>	0	0
Hépatique	Bilirubine > 59 mg/L (> 100 micromoles/L) ou : Phosphatases alcalines > N x 3	<input type="button" value="▼"/>	0	0
Hématologie	Hématocrite < ou = 20% ou : Globules blancs < 2000 / mm ³	<input type="button" value="▼"/>	0	0
Infection (cliniquement évidente)	Plaquettes < 40000 / mm ³ 2 hémocultures positives ou : Infection purulente en cavité close ou : Source de l'infection établie durant l'hospitalisation ou par autopsie en cas de décès dans les 24 h	<input type="button" value="▼"/>	0	0

ANNEXE III : score SF12

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- ₁ Excellente
- ₂ Très bonne
- ₃ Bonne
- ₄ Médiocre
- ₅ Mauvaise

2. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes géné(e) en raison de votre état de santé actuel.

-Entourez la réponse de votre choix, une par ligne-

Liste d'activités	Oui, Beaucoup	Oui, Un peu	Non, Pas du tout
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique.

-Entourer la réponse de votre choix, une par ligne-

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
b. Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
c. Avez-vous arrêté de faire certaines choses	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))

-Entourez la réponse de votre choix, une par ligne-

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
b. Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆

5. semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont gêné dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- ₁ Pas du tout
- ₂ Un petit peu
- ₃ Moyennement
- ₄ Beaucoup
- ₅ Enormément

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- ₁ Tout le temps
- ₂ Une grande partie du temps
- ₃ Des temps en temps
- ₄ Rarement
- ₅ Jamais

7. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
d. Vous vous êtes senti calme et détendu ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
e. Vous vous êtes senti débordant d'énergie	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
f. Vous vous êtes senti triste et abattu	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆

ANNEXE IV : score ADL

HYGIENE CORPORELLE (haut et/ou bas du corps)	
Se lave sans aide	○ ₁ (=1)
Se lave avec aide partielle ou totale	○ ₀ (=0)
SOINS D'APPARENCE CORPORELLE (ongles, cheveux, visage, vêtements)	
Sans aide	○ ₁ (=1)
Avec aide partielle ou totale	○ ₀ (=0)
HABILLAGE (haut et/ou bas du corps)	
S'habille sans aide	○ ₁ (=1)
S'habille avec aide partielle ou totale	○ ₀ (=0)
MICTION ET/OU DEFECATION	
Continent	○ ₁ (=1)
Incontinence partielle ou totale	○ ₀ (=0)
LOCOMOTION (intérieur et/ou extérieur du domicile)	
Se déplace sans aide	○ ₁ (=1)
Se déplace avec aide / grabataire	○ ₀ (=0)
ALIMENTATION :	
Mange seul	○ ₁ (=1)
Mange avec aide partielle ou totale	○ ₀ (=0)
Score total (/6)	

ANNEXE V : échelle HAD :

	0		1		2		3
Je me sens tendu ou enervé	jamais	de temps en temps	Souvent	la plupart du temps			
Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	oui, tout autant	pas autant	un peu seulement	presque plus			
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	pas du tout	un peu, mais cela ne m'inquiète pas	oui, mais ce n'est pas trop grave	oui, très nettement			
Je ris facilement et vois le bon côté des choses :	autant que par le passé	plus autant qu'avant	vraiment moins qu'avant	plus du tout			
Je me fais du souci :	très occasionnellement	occasionnellement	assez souvent	tres souvent			
Je suis de bonne humeur	la plupart du temps	assez souvent	Rarement	jamais			
Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	jamais	oui, en général	Rarement	jamais			
J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	jamais	Parfois	très souvent	presque toujours			
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :	J'y prête autant d'attention que par le passé	Parfois	assez souvent	très souvent			
Je ne m'intéresse plus à mon apparence :	J'y prête autant d'attention que par le passé	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais	plus du tout			
J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	pas du tout	pas tellement	un peu	oui, c'est tout à fait le cas			

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	autant qu'avant	un peu moins qu'avant	bien moins qu'avant	presque jamais	
J'éprouve des sensations soudaines de panique	jamais	pas très souvent	assez souvent	vraiment très souvent	
Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission radio ou de télé	souvent	Parfois	Rarement	très rarement	

Résumé :

Le suicide et les tentatives de suicide sont un réel problème de santé publique. Les données sur le devenir à distance (incluant qualité de vie et survie) des patients ayant réalisé une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) grave sont limitées dans la littérature. Notre objectif a été d'évaluer le devenir des patients ayant eu recours à la Ventilation Mécanique un an après leur sortie, en les comparant à un groupe contrôle de patients ayant réalisé une IMV non grave. Cette étude observationnelle et unicentrique (réanimation médicale au CHU d'Angers, France) a été réalisée de deux façons : rétrospective avec récupération a posteriori des données au moment de l'IMV, et prospective avec appel des patients à distance du geste. 99 patients ont été inclus dans le Groupe Ventilé (GV), et 97 appariés avec le Groupe Non Ventilé (GNV) suivant les critères suivants : âge, sexe, présence d'antécédents psychiatriques. Malgré cet appariement, les cohortes étaient différentes: ceux du GV présentaient plus fréquemment des troubles de l'humeur, alors que ceux du GNV souffraient d'avantage de troubles de l'adaptation. Un an après le geste, les patients du GV avaient un score de dépression HAD plus élevé (anxiété HAD et SF12 ne différaient pas), plus de récidives et de mortalité par suicide. L'interprétation de cette dernière donnée reste limitée du fait du nombre élevé de patients injoignables dans le GNV. Au total, les patients ayant séjournés en réanimation pour une IMV grave présentent plus de symptômes dépressifs, sont plus à risque de décès par récidive et de mortalité que ceux ayant réalisé une IMV bénigne – un renforcement de leur suivi pouvant donc être recommandé.

Mots clés

Intoxication médicamenteuse volontaire, Tentative de suicide

Qualité de vie, SF12, HAD, ADL

Ventilation mécanique, Devenir