



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Intoxication médicamenteuse volontaire :
étude des reconsultations aux urgences**

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 2022 à 18h
au Pôle Formation
par Inès **BEN HADJ ABDELKADER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY

Monsieur le Docteur Ramy AZZOUZ

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Léa PETIT

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
RESUME	2
INTRODUCTION	3
I. SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE.....	3
II. INTOXICATION MEDICAMENTEUSE VOLONTAIRE	3
III. CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES.....	5
IV. PROBLEMATIQUE	6
MATERIELS ET METHODES	7
I. ÉTUDE	7
II. RECUEIL DE DONNEES.....	7
III. ANALYSES STATISTIQUES	8
IV. DECLARATION	9
RESULTATS	10
I. POPULATION DE L'ÉTUDE	10
II. PREMIERE CONSULTATION	11
III. RECONSULTATIONS.....	12
1) <i>Population</i>	12
2) <i>Reconsultation pour motif médical</i>	13
3) <i>Reconsultation pour motif psychiatrique</i>	16
4) <i>Devenir des patients</i>	17
IV. ANALYSES.....	17
DISCUSSION	21
CONCLUSION	28
ANNEXES	29

<i>Annexe 1 - Inscription au registre interne des traitements des données du CH de Valenciennes.....</i>	<i>29</i>
<i>Annexe 2 - Population de l'étude.....</i>	<i>29</i>
<i>Annexe 3 - Répartition des classes médicamenteuses ingérées lors de la deuxième consultation.....</i>	<i>30</i>
<i>Annexe 4 - Répartition des patients reconsultants selon la présence ou non d'antécédents médicaux.....</i>	<i>31</i>
<i>Annexe 5 - Répartition des patients reconsultants selon la présence ou non d'antécédents psychiatriques</i>	<i>32</i>
<i>Annexe 6 - Répartition des patients reconsultants selon la classe médicamenteuse ingérée</i>	<i>32</i>
BIBLIOGRAPHIE.....	33

LISTE DES ABREVIATIONS

AAP	Anti-Agrégant Plaquettaire
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ATCD	Antécédent
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNH	Certificat de Non Hospitalisation
CPP	Comité de Protection des Personnes
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
IMV	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PMSI-MCO	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information - Médico-Chirurgico-Obstétrical
SAUV	Secteur d'Accueil des Urgences Vitales
SIMEES	Service d'Information Médicale, d'Épidémiologie et d'Économie de la Santé
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

RESUME

Titre : Intoxication médicamenteuse volontaire : étude des reconsultations aux urgences.

Contexte : L'intoxication médicamenteuse volontaire est un motif fréquent de consultation aux urgences. Sa prise en charge est double, à la fois psychiatrique et médicale. L'objectif de cette étude est de déterminer si la prise en charge médicale de ces patients est appropriée, par analyse des reconsultations à court terme.

Méthode : Cette étude était descriptive observationnelle monocentrique rétrospective, réalisée au Centre Hospitalier de Valenciennes du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019. Tous les patients majeurs se présentant aux urgences pour intoxication médicamenteuse volontaire ont été inclus, et les reconsultations dans la semaine ont été analysées.

Résultats : Parmi les 673 patients inclus, les trois quarts des intoxications étaient aux benzodiazépines. 97,2% des patients ont bénéficié d'une consultation psychiatrique lors de leur premier passage. 16,2% des patients ont reconsulté dans la semaine, dont 33% pour motif médical. Le délai médian de reconsultation était de 2 jours. La majorité des patients, hors motif psychiatrique, ont reconsulté pour un motif traumatologique (52,8%) et gastro-entérologique (16,7%). 27,8% des patients reconsultant pour motif médical avaient déjà des symptômes présents lors de la première consultation. On notait plus de reconsultations chez les patients ayant des antécédents médicaux, tandis que les patients ayant des antécédents psychiatriques reconsultaient moins.

Conclusion : Le taux de reconsultation des patients se présentant initialement pour intoxication médicamenteuse volontaire est plus important que dans la population générale, avec une part non négligeable de reconsultations pour motif médical. Bien que les principales complications des intoxications médicamenteuses volontaires semblent être correctement traitées et prévenues, une amélioration est encore possible sur la détection précoce des atteintes somatiques et la prise en charge globale du patient, dans le but de limiter le recours itératif aux services d'urgence.

Mots-clés : intoxication médicamenteuse volontaire, reconsultations, urgences

INTRODUCTION

I. SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE

Les services d'urgence prennent en charge les patients ayant fait une tentative de suicide. On recense en France environ 10 500 suicides et 195 000 tentatives de suicide par an, soit 1 tentative de suicide toutes les 4 minutes. C'est la troisième cause de mortalité prématurée, dont la fréquence est comparable avec les accidents de la circulation, derrière les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs (1). Le Nord-Pas-de-Calais est la troisième région de France où le taux de suicide est le plus important (2).

Parmi les patients hospitalisés pour tentative de suicide, on estime à 10% la part de patients réadmis pour le même motif dans l'année civile qui suit (3).

Le mode opératoire le plus fréquent est l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV), représentant environ 80% des tentatives de suicide (4,5).

II. INTOXICATION MEDICAMENTEUSE VOLONTAIRE

L'intoxication médicamenteuse volontaire est « un acte par lequel une personne absorbe délibérément une substance médicamenteuse au-delà de la dose thérapeutique prescrite ou généralement admise » (6).

En France, il n'existe pas de registre national des intoxications volontaires, contrairement à d'autres pays comme les États-Unis ou le Royaume-Uni (7).

L'épidémiologie des intoxications médicamenteuses est connue par les données des centres anti-poisons, de toxicovigilance ou du Service d'Information Médicale, d'Épidémiologie et d'Économie de la santé (SIMEES) (8). Cela rend difficile l'établissement de chiffres précis pour l'incidence des IMV, d'autant plus que celles-ci sont largement sous-déclarées (9).

Les IMV représentent 1% des admissions aux urgences (10,11). Elles sont également la principale cause d'hospitalisation en soins somatiques des tentatives de suicide, avec près de 85% des séjours (12). Selon une étude réalisée en France, les patients consultant pour IMV aux urgences sont orientés comme suit (11) :

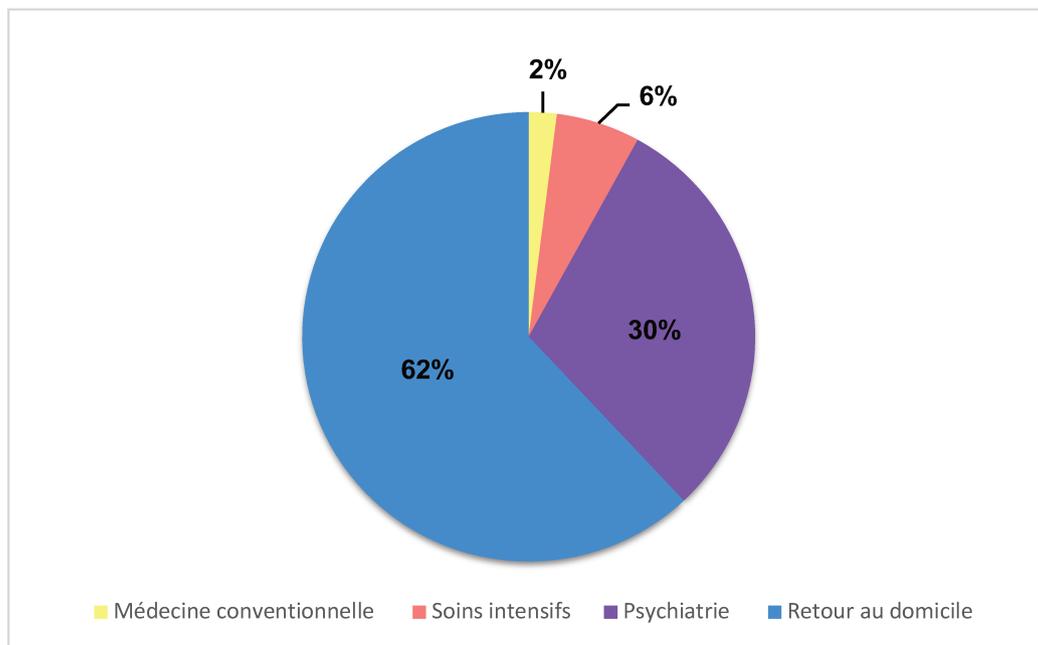


Figure 1 : Devenir des patients après passage aux urgences pour IMV

Ces intoxications volontaires sont une des premières causes d'hospitalisation des personnes de moins de trente ans (7).

Le nombre élevé d'IMV et la consommation de soins psychiatriques et médicaux associée à cette pathologie en font un enjeu de santé publique majeur (9).

La mortalité globale liée aux IMV reste faible, avec un taux estimé à 1% (9,13). La majorité des IMV ne provoque pas de retentissement somatique mais nécessite une surveillance de plusieurs heures (14). Cependant, il est essentiel de ne pas oublier que les intoxications peuvent avoir des conséquences somatiques importantes, notamment avec la recrudescence des IMV aux neuroleptiques et aux carbamates (15,16). Les complications les plus fréquentes des IMV sont le coma, ses conséquences (pneumopathie d'inhalation, rhabdomyolyse), ainsi que les troubles du rythme cardiaque (9). La plupart des décès hospitaliers surviennent plusieurs jours après l'intoxication, dû à l'effet différé des toxiques lésionnels (17). Il y aurait environ 2 000 décès par intoxication médicamenteuse chaque année en France, avec une tendance à l'augmentation au fil des ans (7).

III. CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

Le centre hospitalier (CH) de Valenciennes est le plus grand hôpital non universitaire de France (18). Il préside le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Hainaut-Cambrésis et couvre un bassin de 800 000 habitants sur les plus de 2 millions que comptent le département et les 6 millions de la région Hauts-de-France.

Le service d'accueil des urgences adultes comprend : un secteur médico-chirurgical, un secteur traumatologique, un Secteur d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV), une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et 2 équipes de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Une équipe de psychiatrie est présente aux urgences 24h sur 24. Elle se compose d'un infirmier en psychiatrie la journée 7 jours sur 7, d'un interne la nuit et les week-ends, ainsi que d'un psychiatre d'astreinte 24h sur 24.

On comptabilisait en 2018 plus de 106 000 passages aux urgences adultes et pédiatriques (19). Cela en fait le deuxième centre de la région Haut-de-France en terme d'accueil des urgences après le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille (20).

IV. PROBLEMATIQUE

La prise en charge des patients consultant pour une IMV est double : psychiatrique et médicale.

Étudier les reconsultations des patients se présentant initialement pour IMV permettrait d'évaluer la prise en charge globale de ces patients. La multiplicité des lésions somatiques associée aux troubles psychiatriques pourraient entraîner un sous-diagnostic ou une sous-estimation de ces lésions, et donc un retard de leur prise en charge. In fine, cela peut causer des complications évitables pour le patient, et augmenter le recours au système de soins.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer si la prise en charge médicale des patients consultant pour une IMV est appropriée, en analysant les reconsultations à court terme de ces patients.

L'objectif secondaire sera de décrire les caractéristiques de ces patients.

MATERIELS ET METHODES

I. ETUDE

Cette étude était observationnelle, descriptive, monocentrique, rétrospective, conduite au sein du service d'accueil des urgences adultes du CH de Valenciennes.

Nous avons inclus tous les patients âgés de 18 ans ou plus se présentant aux urgences adultes du CH de Valenciennes pour une IMV entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2019, soit 673 patients.

Les patients mineurs ont été exclus de l'étude.

II. RECUEIL DE DONNEES

Les données ont été extraites des dossiers patients informatisés Millenium (Cerner®).

Pour chaque patient inclus, nous avons recueilli les données suivantes :

- Age
- Sexe
- Bénéficiaire ou non de la Couverture Maladie Universelle (CMU)
- Antécédents médicaux et psychiatriques
- Classe médicamenteuse ingérée
- Intoxication mono ou poly-médicamenteuse

- Patient bénéficiaire ou non d'une consultation psychiatrique lors du premier passage aux urgences
- Reconsultation au CH de Valenciennes dans les 7 jours
- Délai et motif de reconsultation
- Présence ou non des symptômes médicaux lors de la première consultation
- Orientation de sortie (« retour au domicile », « hospitalisation en médecine conventionnelle », « hospitalisation en soins intensifs/réanimation », « hospitalisation en psychiatrie »)

III. ANALYSES STATISTIQUES

Les données recueillies ont été saisies sous forme d'un tableur à l'aide du logiciel Microsoft Excel®.

Les analyses statistiques ont été réalisées par un méthodologiste de la cellule d'aide méthodologique et biostatistique du CH de Valenciennes avec le logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence et de pourcentage. L'âge a été décrit par la moyenne et l'écart type, tandis que le délai de reconsultation a été décrit par la médiane et l'intervalle interquartile. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement et à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les facteurs associés à une reconsultation dans les 7 jours suivant une consultation aux urgences pour intoxication médicamenteuse volontaire ont été

identifiés par le test du Chi-2 pour les variables binaires et par le test de Student pour l'âge.

Le taux de reconsultation pour motif psychiatrique a été comparé, entre les patients ayant eu une consultation psychiatrique lors de leur premier passage aux urgences et ceux qui n'en ont pas eu, par le test du Chi-2.

Le motif de reconsultation a été comparé entre les hommes et les femmes par un test du Chi-2, tandis que l'âge a été comparé entre les patients reconsultant pour un motif médical et les patients reconsultant pour un motif psychiatrique par un test de Student.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

IV. DECLARATION

Cette étude est une évaluation des pratiques professionnelles. Il s'agit donc d'un projet de recherche hors champ de la loi Jardé qui ne nécessitait pas de requérir l'approbation d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) (21).

Ce projet a fait l'objet d'une inscription au registre des traitements des données de l'établissement du CH de Valenciennes (*Annexe 1*).

RESULTATS

I. POPULATION DE L'ETUDE

Au total, 673 patients ont été inclus. La population était répartie comme suit :

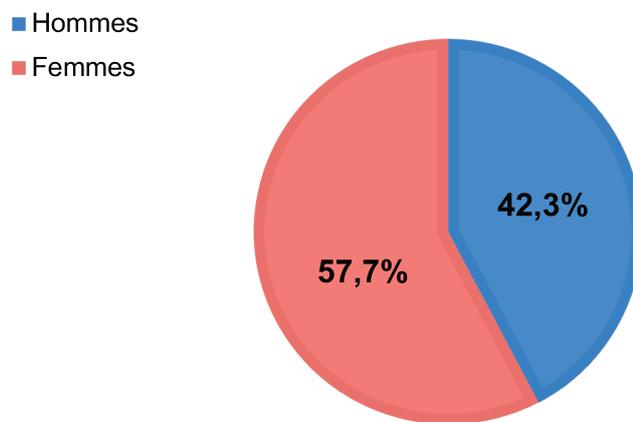


Figure 2 : Répartition de la population selon le sexe

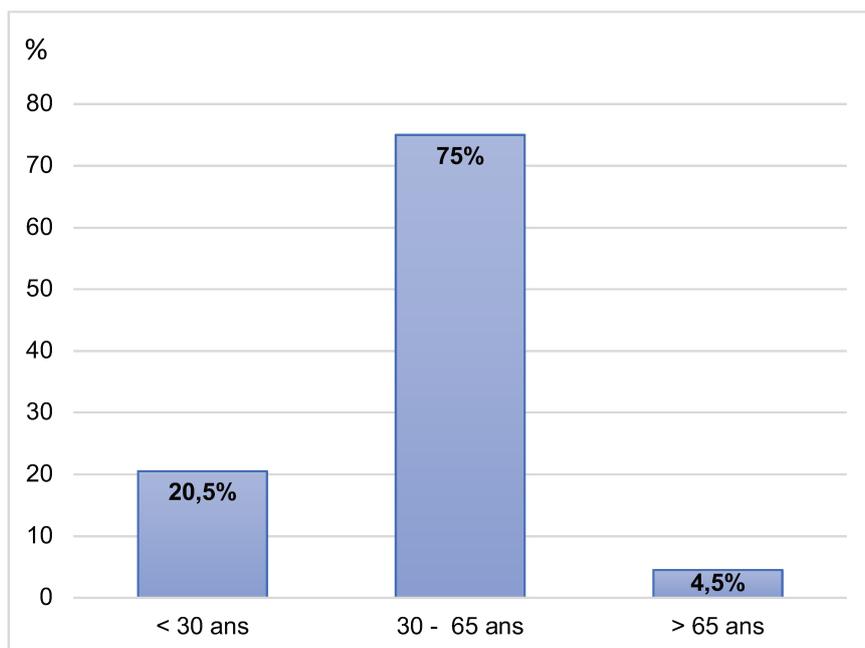


Figure 3 : Répartition de la population selon l'âge

Les patients étaient âgés de 18 à 88 ans, avec un âge moyen de 41,8 ans.

25,9% (n=174) bénéficiaient de la CMU.

Le nombre de consultations était comparable entre 2018 et 2019.

56,8% (n=382) des patients avaient au moins un antécédent médical, dont les plus fréquents étaient : un antécédent gastro-entérologique (30,8%, n=207), un antécédent cardiologique (16,6%, n=112) et un antécédent pneumologique (12%, n=81).

75,8% (n=510) des patients avaient au moins un antécédent psychiatrique, dont 36,1% (n=243) un antécédent de tentative d'autolyse, 52,7% (n=355) un antécédent de trouble de l'humeur et 25,3% (n=170) un antécédent addictologique. Les autres antécédents sont détaillés dans l'*Annexe 2*.

II. PREMIERE CONSULTATION

454 patients (67,5%) ont consulté pour une intoxication mono-médicamenteuse contre 219 patients (32,5%) pour une intoxication poly-médicamenteuse.

Lors de la première consultation, les intoxications les plus fréquentes étaient celles aux benzodiazépines (75,8%, n=510), au paracétamol (14,3%, n=96), aux neuroleptiques (11,6%, n=78), aux antidépresseurs (11%, n=74) et aux opiacés (7,7%, n=52).

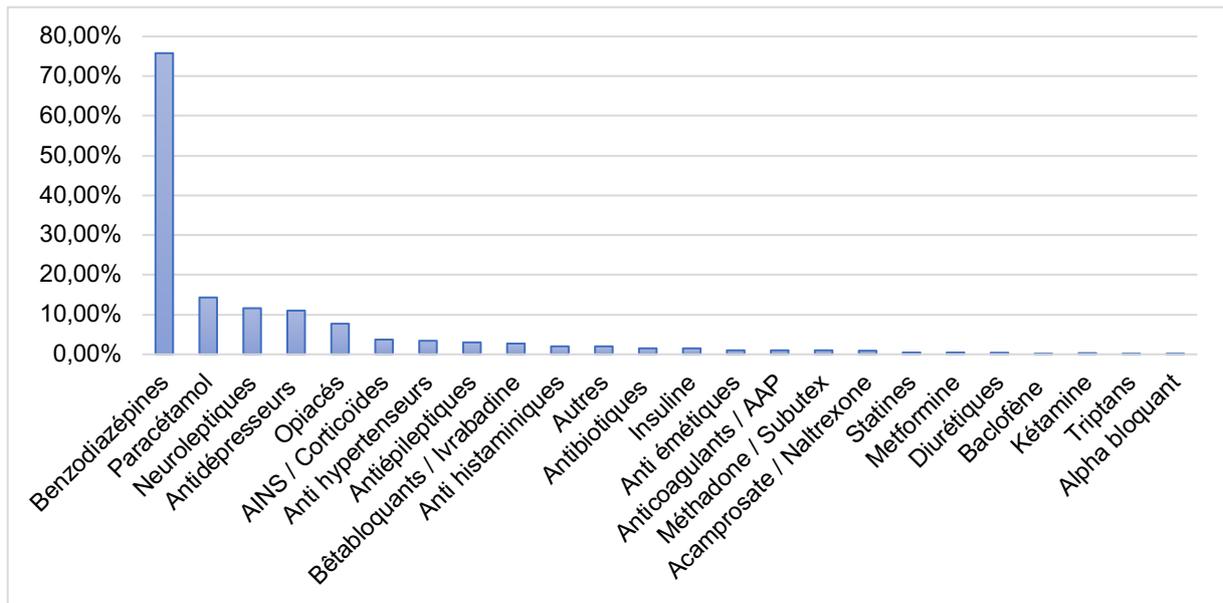


Figure 4 : Répartition en pourcentage des classes médicamenteuses ingérées lors de la première consultation

Autre = phloroglucinol, fer, thiocolchicoside, magnésium, inhibiteur de la pompe à proton, acide folique, lévothyroxine

Lors du premier passage, 97,2% (n= 654) des patients ont bénéficié d'une consultation psychiatrique.

Après leur première consultation aux urgences, les patients ont été orientés à 93,9% (n=632) vers un retour à domicile. 4,9% (n=33) ont été hospitalisés en psychiatrie et 1,2% (n=8) ont nécessité une hospitalisation en soins intensifs/réanimation.

III. RECONSULTATIONS

1) Population

Parmi les 673 patients de notre étude, 109 (16,2%) ont reconsulté au CH de Valenciennes dans la semaine suivant leur premier passage aux urgences, dont 33% (n=36) pour motif médical. La médiane de délai de reconsultation était de 2 jours.

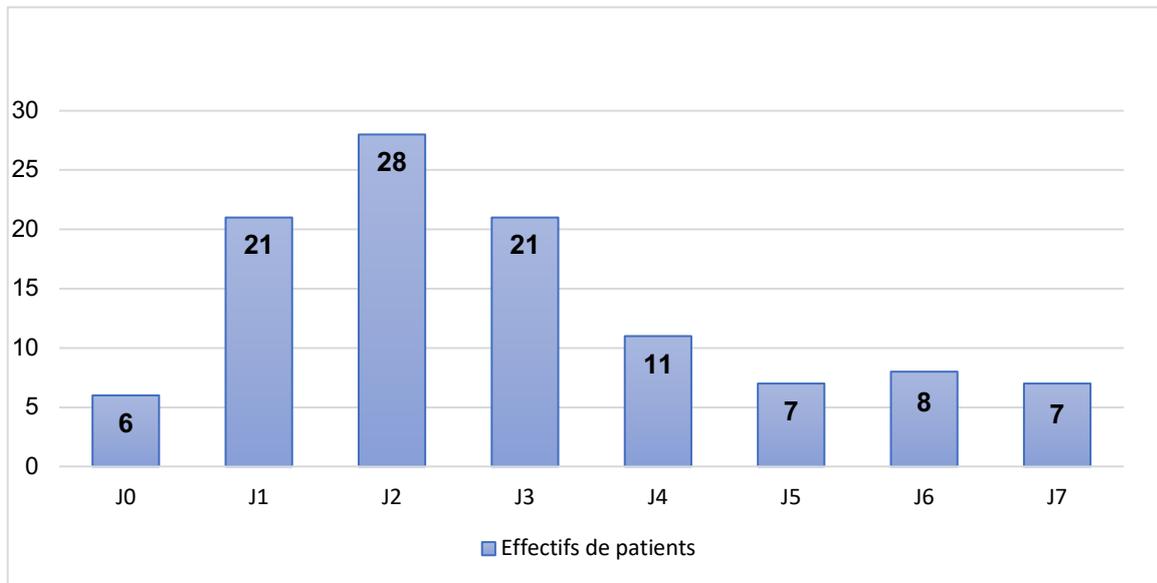


Figure 5 : Effectifs de patients en fonction du délai de reconsultation en jours

19 patients (2,8%) n'ont pas bénéficié d'une consultation psychiatrique lors de leur premier passage. 4 d'entre eux ont reconsulté pour motif médical, 4 autres pour motif psychiatrique. Les 11 autres patients n'ont pas reconsulté.

2) Reconsultation pour motif médical

Parmi les 36 patients reconsultant pour motif médical, 52,8% (n=19) avaient un motif traumatologique et 16,7% (n=6) un motif gastro-entérologique. Aucun patient n'a reconsulté pour un motif pneumologique, infectiologique, endocrinologique, urologique, néphrologique, ophtalmologique ou ORL/stomatologique.

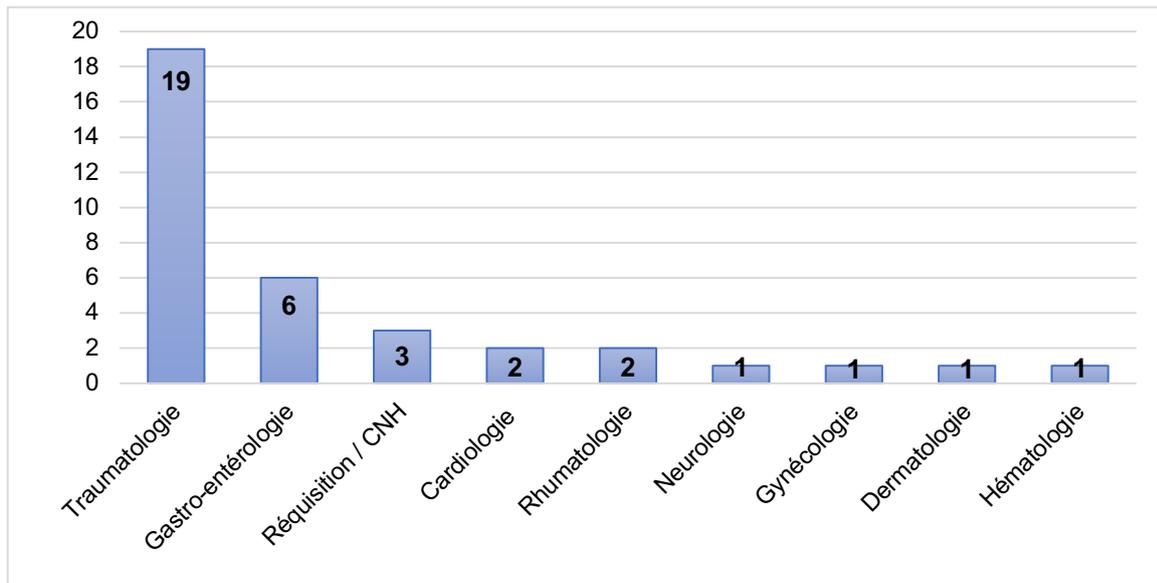


Figure 6 : Effectifs de patients reconsultants selon le type de pathologie médicale

80,6% (n=29) des patients reconsultant pour motif médical s'étaient initialement présentés pour une IMV aux benzodiazépines, 13,9% (n=5) pour une IMV au paracétamol, 11,1% (n=4) pour une IMV aux neuroleptiques et 11,1% (n=4) pour une IMV aux opioïdes.

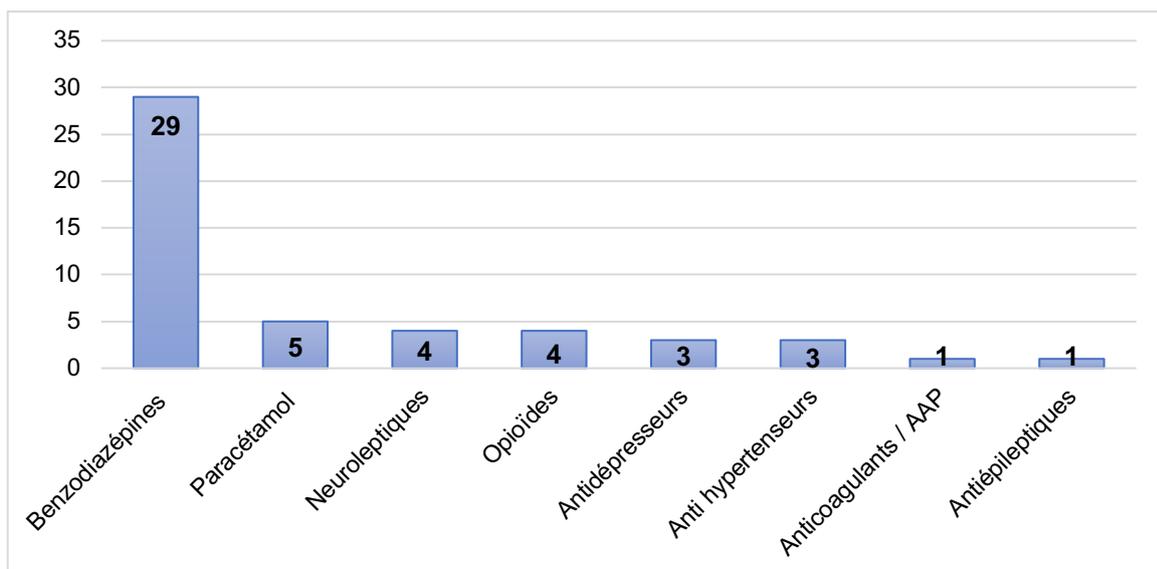


Figure 7 : Effectifs de patients reconsultants selon la classe médicamenteuse ingérée lors de la première consultation

La médiane de délai de reconsultation pour motif médical était de 2 jours.

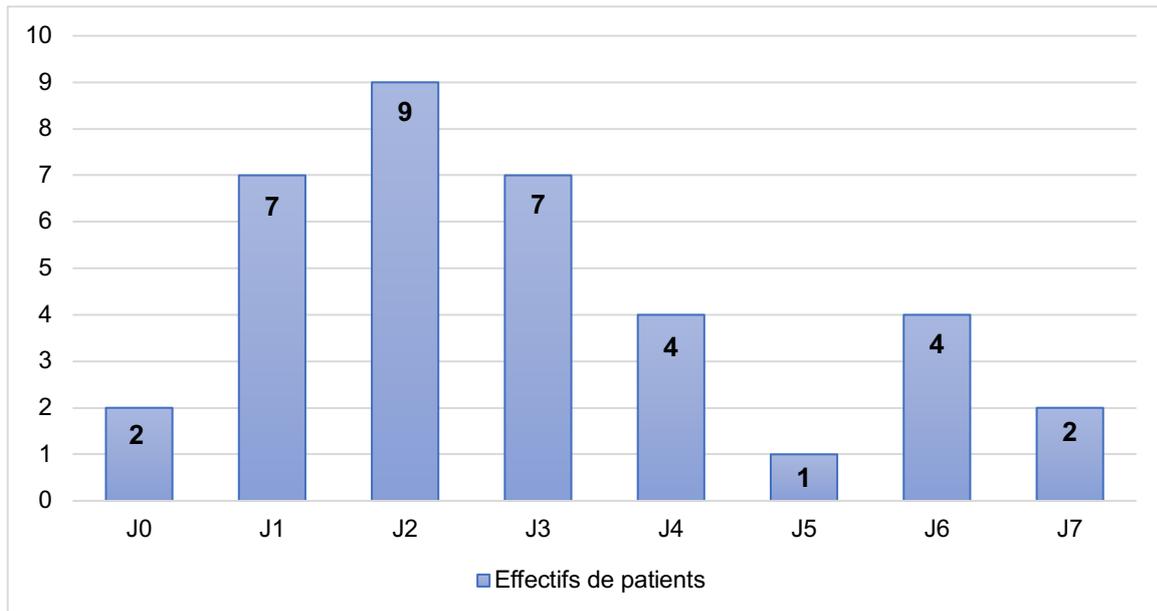


Figure 8 : Effectifs de patients en fonction du délai de reconsultation pour motif médical en jours

27,8% (n=10) de ces patients avaient déjà des symptômes présents lors de leur première consultation. Dans ce cas, la médiane de délai de reconsultation pour motif médical était de 1 jour.

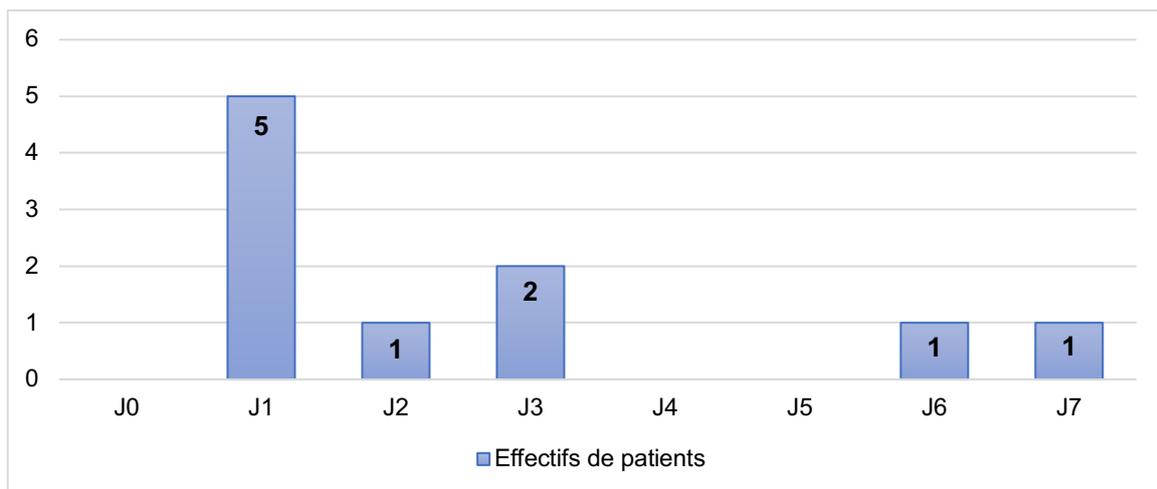


Figure 9 : Effectifs de patients en fonction du délai de reconsultation pour motif médical en jours, quand les symptômes étaient déjà présents lors de la première consultation

3) Reconsultation pour motif psychiatrique

Parmi les 73 patients reconsultant pour motif psychiatrique, 39,7% (n=29) avaient fait une nouvelle tentative d'autolyse par IMV, dont 65,6% (n=19) par intoxication mono-médicamenteuse. Tous les patients ayant reconsulté pour une IMV avaient eu une consultation psychiatrique lors de leur premier passage.

Lors de la deuxième consultation, parmi ces intoxications, on comptait 72,4% (n=21) d'intoxications aux benzodiazépines, 17,2% (n=5) aux neuroleptiques et 13,8% (n=4) aux antidépresseurs (*Annexe 3*).

La médiane de délai de reconsultation pour motif psychiatrique était de 2 jours.

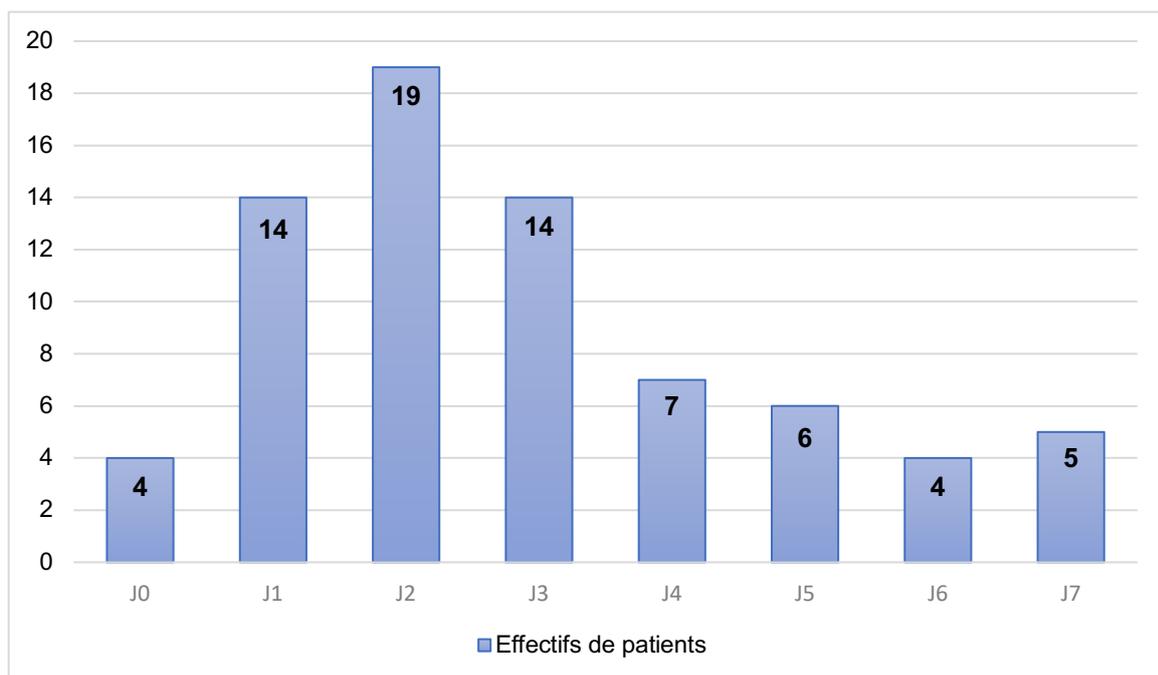


Figure 10 : Effectifs de patients en fonction du délai de reconsultation pour motif psychiatrique en jours

4) Devenir des patients

Après leur deuxième consultation aux urgences, les patients ont été orientés comme suit :

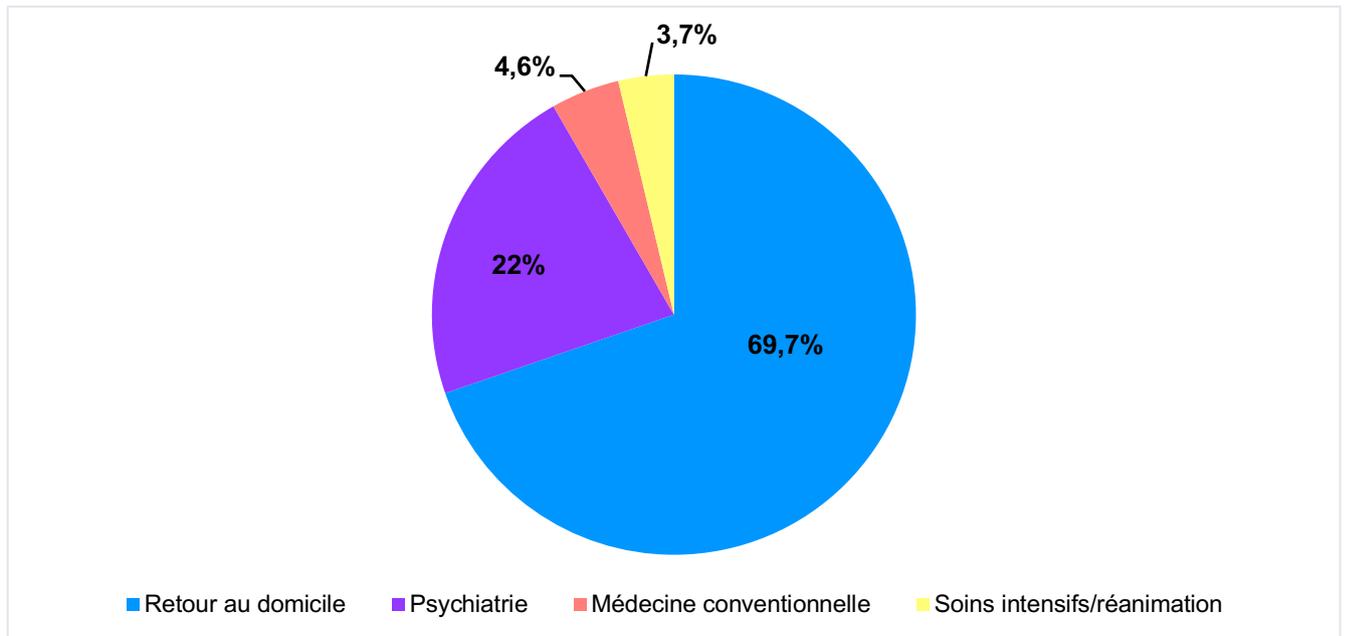


Figure 11 : Devenir des patients après leur deuxième consultation aux urgences

IV. ANALYSES

Concernant l'âge et le sexe, il n'existait pas de différence significative entre le groupe des patients reconsultant et ceux ne reconsultant pas.

39,1% des hommes reconsultaient pour motif médical, contre 28,6% des femmes, mais cette différence n'était pas significative.

	Reconsultation pour motif médical	Reconsultation pour motif psychiatrique	p
Hommes	39,13%	60,87%	0,2470
Femmes	28,57%	71,43%	

Tableau 1 : Répartition du motif de reconsultation selon le sexe

Parmi les patients ayant reconsulté pour motif médical, la moyenne d'âge était de 42,58 ans, contre 41,29 ans pour les patients ayant reconsulté pour motif psychiatrique. Il n'existait pas de différence significative entre ces deux groupes.

15,52% des patients bénéficiant de la CMU ont reconsulté. Il n'existait pas de différence significative entre les bénéficiaires ou non de la CMU.

En 2018, 13,65% des patients consultant pour une IMV ont reconsulté dans la semaine, contre 18,75% des patients en 2019. Cette différence n'était cependant pas significative.

Parmi les patients reconsultants, 70,37% avaient des antécédents médicaux et 67,89% des antécédents psychiatriques. On constatait plus de reconsultations chez les patients présentant des antécédents médicaux par rapport au groupe de patients n'en présentant pas, avec une différence significative ($p=0,0020$).

Au contraire, on constatait plus de reconsultations chez les patients ne présentant pas d'antécédents psychiatriques par rapport au groupe de patients en présentant, et ce, de façon significative ($p=0,0357$).

ATCD		Avec reconsultation	p
Médicaux	Oui	19,90%	0,0020
	Non	11,03%	
Psychiatriques	Oui	14,51%	0,0357
	Non	21,47%	

Tableau 2 : Répartition des reconsultants selon la présence ou non d'antécédents médicaux ou psychiatriques

On notait que plus de patients présentant des antécédents gastro-entérologiques, gynécologiques et ORL/stomatologiques ont reconsulté de manière significative (respectivement $p=0,0047$, $p<0,001$ et $p<0,001$) par rapport aux patients ne présentant pas ces antécédents (*Annexe 4*).

Parmi les patients présentant un trouble anxieux, on constatait plus de reconsultations de façon significative (62,50% vs 15,64%, $p=0,0038$). Au contraire, parmi les patients présentant des antécédents de trouble de l'humeur, on relevait moins de reconsultations (9,86% vs 23,27%, $p<0,001$). Il n'existait pas de différence significative concernant les antécédents d'autolyse sur les reconsultations (*Annexe 5*).

On constatait 15,42% de reconsultations chez les patients ayant présenté une intoxication mono-médicamenteuse, contre 17,81% chez les patients ayant présenté une intoxication poly-médicamenteuse, sans différence significative.

Concernant le type d'intoxication, les patients ayant présenté une intoxication aux benzodiazépines reconsultaient plus de manière significative (17,84% vs 11,04%, $p=0,0402$). Au contraire, les patients ayant présenté une intoxication au paracétamol reconsultaient moins de manière significative (9,38% vs 17,39%, $p=0,0487$). Il

n'existait pas de différence significative entre les patients reconsultant et ceux ne reconsultant pas concernant les autres intoxications médicamenteuses (*Annexe 6*).

21,1% des patients n'ayant pas eu de consultation psychiatrique lors du premier passage ont reconsulté pour motif psychiatrique contre 10,6% des patients ayant bénéficié d'une consultation. Cette différence n'était pas significative.

DISCUSSION

Le recours aux urgences est en constante augmentation. Le nombre de consultations est passé de 7 à 22 millions entre 1990 et 2019 (22,23). Actuellement, on dénombre entre 176 000 et 220 000 admissions aux urgences pour tentative de suicide par an en France selon les données des réseaux Oscour et PMSI-MCO (4,5,24).

Parmi ces passages aux urgences, tout motif confondu, une étude réalisée au CH de Valenciennes a montré que 5% des patients reconsultaient dans la semaine, dont 13% pour une cause psychiatrique ou addictologique (25). On note ici une différence avec notre population consultant initialement pour IMV, où 16% des patients reconsultent dans la semaine.

Dans notre étude, les patients reconsultant pour motif médical l'étaient principalement pour un motif traumatologique (52,8%) et gastro-entérologique (16,7%). Ces causes traumatologiques peuvent paraître étonnantes car à priori sans lien avec l'IMV. Il peut s'agir d'un hasard. Néanmoins, les traumatismes pourraient être la conséquence de troubles neurologiques induits par les prises médicamenteuses, et notamment les benzodiazépines, à type de somnolence et de chute. Il est aussi possible qu'un traumatisme soit passé inaperçu à l'examen initial lors d'une IMV incluant des antalgiques.

De nombreux médicaments tels que les opiacés, le paracétamol ou les AINS peuvent entraîner des troubles digestifs, pouvant expliquer ce taux élevé de reconsultations pour motif gastro-entérologique (26). Il serait intéressant, par une

nouvelle étude, de détailler ces troubles digestifs pour confirmer le lien et voir si une prévention est possible.

On constate plus de consultations de manière significative pour les patients présentant des antécédents médicaux généraux, et notamment des antécédents gastro-entérologiques. Cela peut être expliqué par la fréquence des effets gastro-entérologiques des IMV, probablement accentuée sur des terrains à risques.

Il est important de noter qu'il n'existe pas de protocole au CH de Valenciennes pour le traitement médical épurateur des intoxications non sévères. La pratique d'un lavage gastrique ou l'utilisation du charbon activé sont à l'appréciation du médecin.

La pneumopathie d'inhalation et les troubles du rythme cardiaque sont les principales complications des IMV (9). Cependant, notre étude ne retrouve aucune consultation pour motif pneumologique et très peu de consultations pour motif cardiologique. Cela pourrait s'expliquer par une bonne connaissance de ces complications, et ainsi une surveillance et une prise en charge adaptées des patients à leur première consultation. Néanmoins, le fait de ne pas avoir inclus dans notre étude les patients pris en charge en pré-hospitalier, admis directement en réanimation, peut être un biais. En effet, ce sont les patients les plus graves et comateux qui sont les plus à risque de ces complications. De plus, les patients avec une intoxication aux cardiotropes pris en charge par le SMUR de Valenciennes sont le plus souvent hospitalisés directement au CHRU de Lille, qui est le centre de référence pour ce type d'intoxication grave pouvant relever d'une assistance circulatoire. Ils n'ont donc pas été inclus dans notre étude. Il a également été montré que l'intoxication aux benzodiazépines (molécule prépondérante dans notre étude) n'était pas associée à un sur-risque de pneumopathie d'inhalation (27).

Parmi les patients reconsultants, 27,8% souffraient déjà de symptômes lors de leur première consultation. Ceux-ci reconsultent très précocement, principalement le lendemain de leur première consultation. L'interrogatoire du patient est un moment crucial, afin de ne pas méconnaître un problème somatique ayant pu être le déclencheur ou la conséquence de l'auto-intoxication médicamenteuse. En effet, il a été montré que les tentatives de suicide par IMV sont souvent perçues négativement par le personnel soignant, en particulier par les médecins. Des études soulèvent que les attitudes des personnels soignants ont été identifiées comme un facteur pouvant diminuer la qualité des soins (28,29). Une formation à la prise en charge de ces patients pourrait être intéressante. Plusieurs études ont montré une amélioration significative des connaissances et des attitudes des personnels soignants après des formations au sujet des patients qui s'auto-mutilent (28).

A propos des patients présentant des antécédents psychiatriques, notre étude va à l'encontre de celle de Martin et al. qui retrouvait les antécédents psychiatriques comme facteur prédictif de réadmission (30). Tout comme l'étude de Maignan et Al. réalisée au CHU de Grenoble (13), on note qu'un quart des patients consultant pour IMV ne présentait pas d'antécédents psychiatriques connus. L'IMV serait alors un mode de révélation de troubles psychiatriques.

On retrouve moins de reconsultations quand les patients ont bénéficié d'une consultation psychiatrique, sans que cela ne soit significatif. On peut tout de même supposer une meilleure évaluation par les équipes de psychiatrie, avec une prise en charge spécialisée. Ces entretiens psychiatriques systématisés permettraient de

limiter une partie des reconsultations. Tous les centres devraient donc idéalement pouvoir bénéficier d'une filière de psychiatrie pour un avis avant orientation.

Parmi les patients reconsultants, tout motif confondu, 26,6% ont présenté une nouvelle IMV. Ce taux est supérieur à celui retrouvé dans une étude réalisée au CHU de Nice où 14% des patients ont présenté au moins une réadmission aux urgences pour intoxication médicamenteuse, dont un tiers dans le mois suivant leur premier passage (8). Une autre étude réalisée en Australie, qui étudiait les reconsultations dans l'année suivant la première IMV, retrouvait également 11% de reconsultations (30). Le fait que le Nord-Pas-de-Calais soit la troisième région de France où le taux de suicide est le plus important pourrait expliquer en partie ce taux de reconsultations pour IMV plus élevé (2).

Notre étude retrouve une fréquence de reconsultations significativement plus importante chez les patients ayant présenté une IMV aux benzodiazépines, contrairement aux IMV au paracétamol. On peut supposer que la prise en charge médicale très protocolisée des patients intoxiqués au paracétamol, avec les risques de toxicité hépatique bien connus, limite les complications.

Que ce soit à la première consultation ou lors de la récurrence d'IMV, on note une large part d'utilisation des benzodiazépines par les patients. Cette classe médicamenteuse était également majoritaire dans les études de Martin et al. (30) et Hendrix et al. (10). Cela peut être lié à une large prescription de cette classe médicamenteuse, notamment en médecine de ville. Bien que cela soit un médicament couramment utilisé dans la prise en charge des syndromes dépressifs et anxieux, sa prescription initiale et son renouvellement doivent être réfléchis selon la balance bénéfice-risque.

Une étude faite au CH de Grenoble a retrouvé 59% d'intoxication poly-médicamenteuse (13). Ce chiffre est étonnamment élevé par rapport à nos résultats pour lesquels seul un tiers des intoxications sont poly-médicamenteuses. De même, une autre étude réalisée en Angleterre retrouvait un peu moins de la moitié des intoxications impliquant plusieurs médicaments (31). Le faible taux d'intoxication poly-médicamenteuse dans notre étude pourrait éventuellement être lié à un biais de recueil, dû à l'étude rétrospective des dossiers médicaux, dans le cas où tous les médicaments ingérés n'auraient pas été renseignés.

69,7% des patients de notre étude sont retournés à leur domicile après leur deuxième consultation. Une étude réalisée en 1994 retrouvait un taux de retour à domicile de 53% (32), contre 73% dans une étude réalisée entre 2010 et 2017 en France (24). Cela montre une diminution du nombre d'hospitalisations des intoxications médicamenteuses volontaires au fil des années, probablement liée à une meilleure prise en charge à la fois médicale et psychiatrique de ces patients. Cela peut également s'expliquer par une augmentation progressive du nombre de Centres Médico-Psychologiques (CMP) depuis leur création, avec un recours à l'ambulatorio de plus en plus important (33,34).

Les reconsultations sont très précoces, principalement les trois premiers jours quand il s'agit de motifs psychiatriques. Cela peut être lié au taux de retour à domicile encore plus important à la première consultation (93,9%), et à un échec de relais avec la psychiatrie ambulatoire.

3,7 % des patients ont été hospitalisés dans un secteur de soins intensifs/réanimation. Ce taux est plus faible que dans l'étude de Maignan et al. (5,5%)

(35). Comme évoqué précédemment, ne pas avoir inclus les patients pris en charge en pré-hospitalier est un biais, certains patients ayant pu être transférés directement en réanimation, sans passage par les urgences. De plus, devant un nombre de places limité en réanimation, certains patients sont parfois surveillés dans le secteur d'accueil des urgences vitales du CH de Valenciennes lorsque leur prise en charge aigüe est de courte durée.

Concernant les données socio-économiques telles que l'âge, le sexe et la CMU, nous n'avons pas retrouvé de différence sur les reconsultations. Dans notre étude, 57,7% des patients étaient des femmes, ce qui concorde avec 2 études de Maignan et al. retrouvant 63% et 61% de femmes (13,35). Ces 2 études trouvaient une médiane d'âge à 40 ans, similaire à notre étude.

Nous avons choisi de réaliser une étude rétrospective, avec une analyse des dossiers médicaux à postériori. Cela peut être une force pour éviter un biais de mémorisation. Cependant, cela entraîne un possible biais de sélection puisque les dossiers ont été extraits à partir de leur codage. Il se peut que certains dossiers n'aient pas été retenus si le codage n'indiquait pas une IMV directement. Certaines informations étaient parfois manquantes dans les dossiers.

Le fait d'être une étude monocentrique limite également le recueil des reconsultations. En effet, les reconsultations dans un autre centre hospitalier ou en médecine ambulatoire n'étaient pas prise en compte.

Cette étude a été réalisée sur les années 2018-2019, avant le début de la pandémie de COVID-19, permettant d'éviter un biais lié aux périodes de confinement et de réorganisation de l'accueil des patients psychiatriques aux urgences. Il faut noter que l'étude CoviPrev réalisée sur la santé mentale des Français a montré une majoration des pensées suicidaires, des états dépressifs et anxieux, ainsi que de la consommation de médicaments psychotropes depuis la pandémie (36).

CONCLUSION

Notre étude a montré qu'il existe un taux de reconsultation plus important que dans la population générale des patients se présentant initialement pour IMV. En plus du bénéfice pour le patient, améliorer la prise en charge globale permettrait de limiter les recours à un système de soins déjà surchargé. Dans le contexte actuel d'augmentation des troubles psychiatriques, les tentatives de suicide par IMV représentent un réel enjeu de santé publique. Et ce, à la fois par la fréquence des consultations initiales qui leurs sont dédiées, mais aussi par les reconsultations, notamment dans la semaine qui suit. Le développement de la psychiatrie ambulatoire a permis de limiter les hospitalisations, mais cela entraîne un risque de récurrence précoce. Parmi les reconsultations, notre étude a montré qu'un tiers était pour motif médical, avec parfois des symptômes déjà présents lors de la première consultation. Bien que les principales complications des IMV semblent être correctement traitées et prévenues, une sensibilisation des médecins urgentistes à ces patients, et un rappel des conséquences somatiques moins fréquentes des intoxications, pourraient encore améliorer la prise en charge globale du patient et, par conséquent, limiter des recours itératifs aux services d'urgence.

ANNEXES

Annexe 1 - Inscription au registre interne des traitements des données du CH de Valenciennes

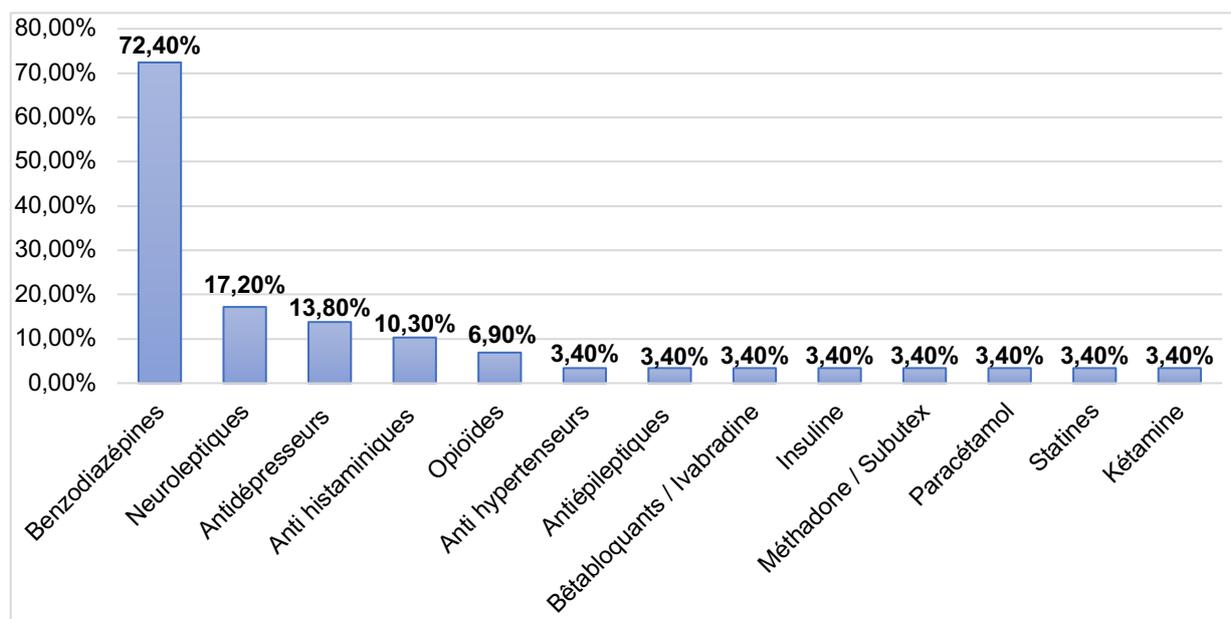
Numéro RT-URC-004

Annexe 2 - Population de l'étude

Modalités	Effectif en nombre	Pourcentage
Femmes	388	57,7%
Hommes	285	42,3%
< 30 ans	138	20,5%
30-65 ans	505	75%
> 65 ans	30	4,5%
CMU	174	25,9%
ATCD médicaux	382	56,8%
ATCD psychiatriques	510	75,8%
ATCD cardiologique	112	16,6%
ATCD pneumologique	81	12%
ATCD gastro-entérologique	207	30,8%
ATCD neurologique	66	9,8%
ATCD endocrinologique	54	8%
ATCD gynécologique	58	8,6%
ATCD urologique	19	2,8%
ATCD néphrologique	5	0,7%
ATCD rhumatologique	56	8,3%
ATCD dermatologique	12	1,8%
ATCD hématologique	6	0,9%
ATCD ophtalmologique	16	2,4%

ATCD ORL / Stomatologique	70	10,4%
ATCD tentative d'autolyse	243	36,1%
ATCD trouble psychotique	22	3,3%
ATCD trouble de l'humeur	355	52,7%
ATCD trouble anxieux	8	1,2%
ATCD trouble de la personnalité	7	1%
ATCD TCA	1	0,1%
ATCD addictologique	170	25,3%

Annexe 3 - Répartition des classes médicamenteuses ingérées lors de la deuxième consultation



Annexe 4 - Répartition des patients reconsultants selon la présence ou non d'antécédents médicaux

ATCD		Avec reconsultation	p
Cardiologique	Oui	20,54%	0,1721
	Non	15,33%	
Pneumologique	Oui	18,52%	0,5452
	Non	15,88%	
Gastro-entérologique	Oui	22,22%	0,0047
	Non	13,52%	
Neurologique	Oui	13,64%	0,5523
	Non	16,47%	
Endocrinologique	Oui	20,37%	0,3853
	Non	15,83%	
Gynécologique	Oui	36,21%	<0,0001
	Non	12,73%	
Urologique	Oui	15,79%	1.0000
	Non	16,21%	
Rhumatologique	Oui	21,43%	0,2670
	Non	15,72%	
Dermatologique	Oui	33,33%	0,1135
	Non	15,89%	
Ophtalmologique	Oui	18,75%	0,7326
	Non	16,13%	
ORL / Stomatologique	Oui	32,86%	<0,0001
	Non	14,26%	

Annexe 5 - Répartition des patients reconsultants selon la présence ou non d'antécédents psychiatriques

ATCD		Avec reconsultation	p
Tentative d'autolyse	Oui	19,34%	0,0959
	Non	14,42%	
Trouble psychotique	Oui	22,73%	0,3800
	Non	15,98%	
Trouble de l'humeur	Oui	9,86%	<0,0001
	Non	23,27%	
Trouble anxieux	Oui	62,50%	0,0038
	Non	15,64%	
Addictologique	Oui	17,06%	0,7240
	Non	15,90%	

Annexe 6 - Répartition des patients reconsultants selon la classe médicamenteuse ingérée

Classes médicamenteuses		Avec reconsultation	p
Antidépresseurs	Oui	12,19%	0,3181
	Non	16,69%	
Benzodiazépines	Oui	17,84%	0,0402
	Non	11,04%	
Opiacés	Oui	15,38%	0,8611
	Non	16,32%	
Paracétamol	Oui	9,38%	0,0487
	Non	17,39%	
Neuroleptiques	Oui	17,95%	0,6689
	Non	16,05%	

BIBLIOGRAPHIE

1. GEPS - Données [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.geps.asso.fr/articles.php?rub=8&arid=1127>
2. recup.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: https://www.geps.asso.fr/recup.php?nom=Suicide_chiffres_cles_F2RSM5962.pdf
3. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes / Suicide and suicide attempts: Recent epidemiological data for France. :52.
4. rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf [Internet]. [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf
5. Gunnell D, Bennewith O, Peters TJ, House A, Hawton K. The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *J Public Health Oxf Engl*. mars 2005;27(1):67-73.
6. Billy F, Montaz L, Perault MC, Vandiel B. [Study of voluntary drug intoxication in an emergency unit]. *Therapie*. déc 1998;53(6):553-8.
7. Adnet F, Atout S, Galinski M, Lapostolle F. Évolution des intoxications médicamenteuses volontaires en France. *Réanimation*. déc 2005;14(8):721-6.
8. Pouget L. Épidémiologie des intoxications médicamenteuses au service d'accueil des urgences du CHU de Nice entre janvier 2013 et décembre 2018.

2018;36.

9. VIGLINO D, BEAUNE S, DELAHAYE A, MAIGNAN M. Intoxications médicamenteuses volontaires. Médecine Thérapeutique. févr 2018;(Vol.24, n°1):18-26.

10. Hendrix L, Verelst S, Desruelles D, Gillet JB. Deliberate self-poisoning: characteristics of patients and impact on the emergency department of a large university hospital. Emerg Med J EMJ. janv 2013;30(1):e9.

11. Beaune S, Juvin P, Beauchet A, Casalino E, Megarbane B. Deliberate drug poisonings admitted to an emergency department in Paris area - a descriptive study and assessment of risk factors for intensive care admission. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2016;20(6):1174-9.

12. Suicides et tentatives de suicide en France. 2006;8.

13. Maignan M, Richard A, Debaty G, Pommier P, Viglino D, Loizzo F, et al. Intentional Drug Poisoning Care in a Physician-manned Emergency Medical Service. Prehosp Emerg Care. 3 avr 2015;19(2):224-31.

14. Cook R, Allcock R, Johnston M. Self-poisoning: current trends and practice in a UK teaching hospital. Clin Med. 1 févr 2008;8(1):37-40.

15. Adnet et al. - 2005 - Évolution des intoxications médicamenteuses volont.pdf [Internet]. [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0512-Reanimation-Vol14-N8-p721_726.pdf

16. CP316 - Épidémiologie des intoxications médicamenteuses volontaires accueillies dans un service d'urgence [Internet]. [cité 5 nov 2020]. Disponible sur:

https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2011/donnees/communications/resume/resume_315.htm

17. Mégarbane et al. - 2006 - Intoxication grave de l'adulte épidémiologie, dé.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0610-Reanimation-Vol15-N5-p354_363.pdf

18. Hainaut-Cambrésis G du. « Le modèle de Valenciennes, hôpital public de demain? » [Internet]. reseau-hopital-ght.fr. 2019 [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/tribune/le-modele-de-valenciennes-hopital-public-de-demain.html>

19. Mamane B. Le CH de Valenciennes remporte le Prix de l'Excellence Opérationnelle de France Qualité [Internet]. reseau-hopital-ght.fr. 2019 [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/qualite-securite-ethique/le-ch-de-valenciennes-remporte-le-prix-de-l-excellence-operationnelle-de-france-qualite.html>

20. chiffres-cles2019.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.chu-lille.fr/wp-content/uploads/2020/12/chiffres-cles2019.pdf>

21. Article R1121-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034685766

22. Grall DJY. RAPPORT SUR LA TERRITORIALISATION DES ACTIVITES D'URGENCE. :30.

23. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence -

SFMU [Internet]. [cité 26 nov 2021]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-passages-aux-urgences-a-ralenti-en-2019-analyse-apmnews-/new_id/66734

24. Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/fr/bus/media/med_id/5382/fic_id/6879

25. Dupire PE. Etude des reconsultations aux urgences adultes du Centre Hospitalier de Valenciennes de 2017 à 2018. :138.

26. Masson E. Intoxications médicamenteuses aiguës [Internet]. EM-Consulte. [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/151656/intoxications-medicamenteuses-aigues>

27. Isbister GK, Downes F, Sibbritt D, Dawson AH, Whyte IM. Aspiration pneumonitis in an overdose population: frequency, predictors, and outcomes. *Crit Care Med.* janv 2004;32(1):88-93.

28. Saunders KEA, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Affect Disord.* août 2012;139(3):205-16.

29. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med.* août 2005;12(4):169-78.

30. Martin CA, Chapman R, Rahman A, Graudins A. A retrospective descriptive study of the characteristics of deliberate self-poisoning patients with single or repeat presentations to an Australian emergency medicine network in a one year period. *BMC*

Emerg Med. 23 août 2014;14:21.

31. Prescott K, Stratton R, Freyer A, Hall I, Le Jeune I. Detailed analyses of self-poisoning episodes presenting to a large regional teaching hospital in the UK. Br J Clin Pharmacol. août 2009;68(2):260-8.

32. Billy F, Montaz L, Perault MC, Vandiel B. Etude des intoxications médicamenteuses volontaires régies dans une unité d'accueil des urgences. :5.

33. 20170.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/20170.pdf>

34. Dupays et Emmanuelli - Les centres médico-psychologiques de psychiatrie g.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/278693.pdf>

35. Maignan M, Pommier P, Clot S, Saviuc P, Debaty G, Briot R, et al. Deliberate Drug Poisoning with Slight Symptoms on Admission: Are there Predictive Factors for Intensive Care Unit Referral? A three-year Retrospective Study. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2014;114(3):281-7.

36. SPF. Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de COVID-19 – Résultats de la vague 27 de l'enquête CoviPrev [Internet]. [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/comment-evolue-la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-resultats-de-la-vague-27-de-l-enquete-coviprev>

AUTEUR : Nom : BEN HADJ ABDELKADER

Prénom : Inès

Date de soutenance : 17 juin 2022

Titre de la thèse : Intoxication médicamenteuse volontaire : étude des reconsultations aux urgences

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine d'Urgence

DES + FST/option : Médecine d'Urgence

Mots-clés : intoxication médicamenteuse volontaire, reconsultations, urgences

Résumé :

Contexte : L'intoxication médicamenteuse volontaire est un motif fréquent de consultation aux urgences. Sa prise en charge est double, à la fois psychiatrique et médicale. L'objectif de cette étude est de déterminer si la prise en charge médicale de ces patients est appropriée, par analyse des reconsultations à court terme.

Méthode : Cette étude était descriptive observationnelle monocentrique rétrospective, réalisée au Centre Hospitalier de Valenciennes du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019. Tous les patients majeurs se présentant aux urgences pour intoxication médicamenteuse volontaire ont été inclus, et les reconsultations dans la semaine ont été analysées.

Résultats : Parmi les 673 patients inclus, les trois quarts des intoxications étaient aux benzodiazépines. 97,2% des patients ont bénéficié d'une consultation psychiatrique lors de leur premier passage. 16,2% des patients ont reconsulté dans la semaine, dont 33% pour motif médical. Le délai médian de reconsultation était de 2 jours. La majorité des patients, hors motif psychiatrique, ont reconsulté pour un motif traumatologique (52,8%) et gastro-entérologique (16,7%). 27,8% des patients reconsultant pour motif médical avaient déjà des symptômes présents lors de la première consultation. On notait plus de reconsultations chez les patients ayant des antécédents médicaux, tandis que les patients ayant des antécédents psychiatriques reconsultaient moins.

Conclusion : Le taux de reconsultation des patients se présentant initialement pour intoxication médicamenteuse volontaire est plus important que dans la population générale, avec une part non négligeable de reconsultations pour motif médical. Bien que les principales complications des intoxications médicamenteuses volontaires semblent être correctement traitées et prévenues, une amélioration est encore possible sur la détection précoce des atteintes somatiques et la prise en charge globale du patient, dans le but de limiter le recours itératif aux services d'urgence.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY

Monsieur le Docteur Ramy AZZOUZ

Directeur de thèse : Madame le Docteur Léa PETIT