



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Tentatives de suicide par ingestion de caustiques :

**Revue de la littérature et épidémiologie descriptive d'une cohorte de
patients pris en charge au CHU de Lille entre 2013 et 2023.**

Présentée et soutenue publiquement le 16 avril 2024 à 14h au Pôle
Formation
par Camille LEBAS

JURY

Président :

Madame le Professeur Mathilde HORN

Assesseurs :

Madame le Docteur Alice DEMESMAEKER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Benjamin DELVAL

Avertissement

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

Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

HSCP : Haut conseil de Santé publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

UADM : Unité d'accueil de déchocage médical et toxicologie

Table des matières

Table des matières	5
1 INTRODUCTION	7
1.1 Définitions	8
1.2 Epidémiologie descriptive du suicide et des conduites suicidaires	9
1.3 Facteurs associés aux suicides et aux conduites suicidaires.....	10
1.4 Facteurs de risque	10
1.5 Facteurs de risque individuels	10
1.6 Facteurs de risque liés « à la communauté et aux relations »	11
1.7 Facteurs de risque liés « au système de santé et à la société en général ».....	11
1.8 Facteurs protecteurs.....	11
1.9 Stratégies de prévention du suicide.....	12
1.10 Stratégies de préventions « universelles ».....	13
1.11 Focus sur la restriction d'accès aux moyens.....	14
1.12 Stratégies de prévention « sélectives ».....	15
1.13 Stratégies de prévention « indiquées ».....	15
1.14 Les différentes méthodes de suicides et leur classification	17
1.15 Epidémiologie	17
1.16 Facteurs associés au choix d'une méthode de suicide	18
1.17 Classification des méthodes de suicide.....	19
1.18 Spécificités de la prise en charge médicale des ingestions de caustique	21
1.1.1 Epidémiologie	21
1.1.2 Produits caustiques	21
1.1.3 Séquelles de l'ingestion de caustique	22
1.1.4 Prise en charge	24
1.1.5 Traitement conservateur, non-opératoire.....	26
1.1.6 Traitement chirurgical.....	27
2 REVUE DE LA LITTÉRATURE	29
2.1 Matériel et Méthode	29
2.1.1 Sélection des articles	29
2.2 Flow-chart	31
2.3 Résultats.....	32
2.4 Types d'études.....	32
2.5 Critères de jugement	32
2.6 Population étudiée	32
2.7 Données socio-démographiques.....	33
2.8 Données cliniques	34
2.9 Données sur le geste suicidaire	36
2.10 Données sur le devenir des patients.....	37
2.11 Discussion	38

2.12	<i>Principaux résultats</i>	38
2.13	<i>Interprétation des résultats</i>	38
2.14	<i>Limites de la revue de littérature</i>	39
2.15	<i>Conclusion</i>	41
3	ETUDE DESCRIPTIVE	43
3.1	<i>Introduction</i>	43
3.2	<i>Matériel et Méthode</i>	44
3.3	<i>Type d'étude</i>	44
3.4	<i>Population d'étude</i>	44
3.5	<i>Critère d'inclusion et d'exclusion</i>	44
3.6	<i>Flow-chart</i>	48
3.7	<i>Recueil de données</i>	48
3.8	<i>Variables étudiées</i>	49
3.9	<i>Analyses statistiques</i>	53
3.10	<i>Résultats</i>	53
3.10.1	Caractéristiques socio-démographiques	53
3.10.2	Antécédents psychiatriques.....	53
3.10.3	Antécédents addictologiques	55
3.10.4	Antécédents familiaux.....	55
3.10.5	Antécédents médicaux non psychiatriques	55
3.10.6	Traitements en cours avant le geste.....	55
3.10.7	Données concernant le geste suicidaire	56
3.10.8	Devenir des patients	57
3.10.9	Tableaux des principaux résultats	58
3.11	<i>Discussion</i>	61
3.11.1	<i>Principaux résultats</i>	61
3.11.1.1	<i>Caractéristiques socio-démographiques</i>	61
3.11.1.2	<i>Antécédents médicaux psychiatriques et traitements psychotropes</i>	61
3.11.1.3	<i>Antécédents médicaux non psychiatriques</i>	63
3.11.1.4	<i>Antécédents addictologique</i>	66
3.11.1.5	<i>Caractéristiques du geste suicidaire</i>	66
3.11.2	<i>Forces de l'étude</i>	69
3.11.3	<i>Limites</i>	69
3.11.4	<i>Perspectives</i>	71
4	CONCLUSION	73
5	BIBLIOGRAPHIE	75
6	ANNEXES	79
6.1	<i>Annexe 1 : Tableau 1 : Principaux résultats de la revue de littérature</i>	79

1 INTRODUCTION

Dans le monde, près de 800 000 personnes meurent chaque année par suicide. (1) En France, sur l'année 2016, 8 435 suicides ont été recensés. Plus précisément, dans notre région des Hauts-de-France, le taux de suicide est supérieur d'environ 30 % au taux moyen national. Ces chiffres l'illustrent : le suicide est une préoccupation de santé publique majeure.

Afin d'améliorer la compréhension des causes et facteurs associés au suicide, et dans le but d'élaborer des stratégies de prévention plus efficaces et spécifiques, la recherche s'est intéressée aux facteurs associés au choix d'une méthode de suicide et à la classification de ces méthodes. Parmi les différentes méthodes de suicide, l'ingestion volontaire de substance caustique émerge comme un sujet peu étudié en suicidologie. La littérature montre que cette méthode est assimilée aux intoxications de manière générale. Pourtant, tant sur le plan de la disponibilité, de l'acceptabilité socio-culturelle et de la morbi-mortalité, on peut considérer que ce mode de suicide se distingue des autres types d'intoxications. De récentes recherches semblent d'ailleurs indiquer que les caractéristiques des personnes utilisant cette méthode diffèrent de ceux des personnes utilisant d'autres méthodes. (2)

L'objectif de cette thèse est donc d'approfondir la connaissance de l'épidémiologie du suicide par ingestion de caustique, par l'exploration des caractéristiques socio-démographiques des patients, de leurs antécédents psychiatriques et non-psychiatriques, de la modalité du geste suicidaire et de leur orientation à l'issue de leur prise en charge en réanimation. Nous espérons ainsi pouvoir identifier des constantes qui permettraient d'envisager des actions de prévention, de prise en charge et de post-vention spécifiques à cette méthode de suicide.

Cette thèse s'articulera en trois grandes parties :

Dans un premier temps nous exposerons les données connues sur l'épidémiologie descriptive et analytique du suicide et les stratégies de prévention développées en conséquence. Nous nous intéresserons ensuite aux différentes méthodes de suicide et détaillerons les aspects médicaux spécifiques aux ingestions de caustique. En deuxième partie, nous étudierons les données épidémiologiques existantes sur les conduites suicidaires par ingestion de caustiques par une **revue de la littérature**. Enfin, en troisième partie, nous réaliserons une **étude descriptive** d'une cohorte de 126 patients, hospitalisés en réanimation au CHU de Lille entre 2013 et 2023, pour ingestion volontaire de caustiques.

1.1 Définitions

La littérature en suicidologie regorge de termes pour décrire le suicide et les comportements qui y sont associés. Nous avons décidé dans cette thèse d'utiliser les définitions reprises par l'OMS dans un rapport sur le suicide publié en 2014. (1)

Le **suicide** y est défini comme l'acte de se donner délibérément la mort. Le terme de **tentative de suicide** se réfère à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas.

Enfin, le **comportement suicidaire** se réfère à un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide.

Par ailleurs, un individu qualifié de « **suicidaire** » est un individu à risque de réaliser une tentative de suicide et un individu « **suicidant** » est un individu ayant réalisé une tentative de suicide non fatale.

1.2 Epidémiologie descriptive du suicide et des conduites suicidaires

Chaque année, dans le monde, près de 800 000 personnes décèdent par suicide. Le taux de tentative de suicide est environ 20 fois supérieur. (1)

En France, les données épidémiologiques sont issues des certificats de décès et colligées au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm. Il est ainsi estimé qu'environ 10% des suicides ne sont pas déclarés. (3)

En France, en 2017, après correction de la sous-estimation, l'Observatoire national du suicide a recensé environ 9 203 personnes décédées par suicide. (4)

Notre région des Hauts-de-France est la troisième région française qui recense le taux de suicide le plus élevé, après la Bretagne et les Pays de la Loire. (4)

Sur le plan socio-démographique, le taux de décès par suicide est supérieur chez les hommes (3,5 fois supérieur à celui des femmes) et augmente avec l'âge.

La quantification du nombre de tentatives de suicide est plus délicate. Elle nécessite de pouvoir dénombrer les tentatives de suicide prises en charge par le système de soins, mais aussi celles qui n'ont pas été médicalisées.

En 2002, il a été estimé qu'environ 195 000 personnes ont été pris en charge par le système de soins pour une tentative de suicide, que ce soit par un médecin libéral, aux urgences ou en hospitalisation. (5)

La part des tentatives de suicide non prises en charge par le système de soins est estimée à partir d'enquêtes déclaratives. En 2017, le « Baromètre de Santé publique France », seule enquête en population générale adulte, a recueilli des données déclaratives au sein d'un échantillon de 25 319 personnes. Il a pu être estimé que la prévalence vie entière des tentatives de suicide est d'environ 7,2% des 18-75 ans, tandis qu'environ 0,4% des individus rapportent un geste suicidaire dans l'année. Cette enquête a aussi permis d'interroger la population sur la présence d'idées suicidaires. Ce sont alors 4,7% des

personnes âgées de 18 à 75 ans qui ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. (6)

1.3 Facteurs associés aux suicides et aux conduites suicidaires

Parmi les facteurs qui sont associés aux suicides et conduites suicidaires, on distingue les facteurs qui en augmentent le risque et les facteurs qui le diminuent, qu'on appelle facteurs protecteurs. Différentes sources permettent l'identification de ces facteurs : l'étude des autopsies psychologiques des personnes suicidées, les études cliniques auprès des suicidants ainsi que les études cliniques auprès des personnes souffrant d'idées suicidaires. Les données présentées ci-dessous sont tirées d'un rapport publié en 2014 par l'Organisation Mondiale de la Santé faisant l'état des lieux des connaissances en matière de facteurs associés au suicide et stratégies de prévention, ainsi que d'une revue de littérature réalisée par l'Observatoire National du Suicide dans son second rapport publié en 2016. (1,7)

1.4 Facteurs de risque

1.5 Facteurs de risque individuels

Les facteurs de risque individuels comprennent en premier lieu les antécédents personnels de tentative(s) de suicide, puis les diagnostics de troubles psychiatriques : principalement les troubles de l'humeur pour la moitié à un tiers des cas, les troubles de l'usage de substances, notamment l'alcool, et les troubles de la personnalité. Notons que la coexistence de plusieurs troubles majore le risque. De plus, les patients ayant nécessité une hospitalisation sont plus à risque de suicide, surtout dans la première semaine après l'admission ou dans la semaine suivant la sortie.

De la même manière, les douleurs chroniques et les maladies chroniques sont associées à un risque suicidaire augmenté.

On retrouve ensuite les facteurs de risque démographiques : le sexe masculin et l'âge élevé sont des facteurs de risque importants de suicide abouti.

Le sexe féminin et l'âge jeune sont des facteurs de risque de tentative de suicide.

Sur le plan psychosocial, différents facteurs de risque ont été identifiés : le chômage, un faible niveau de formation, l'appartenance à une minorité sexuelle, la détention, ainsi que certaines catégories socioprofessionnelles et certains secteurs d'activités. Les employés, ouvriers, agriculteurs, policiers et soignants ont ainsi un risque de suicide et de conduites suicidaire plus élevé que la population générale. Enfin, les pertes financières et les séparations affectives constituent des facteurs de risque individuels.

Sur le plan psychologique, certaines dimensions de personnalité sont associées à un risque plus élevé : l'impulsivité, la propension au désespoir, l'anhédonie, une réactivité émotionnelle élevée, l'agressivité, et une faible capacité de résolution des problèmes. (1)

1.6 Facteurs de risque liés « à la communauté et aux relations »

Les difficultés d'accès aux soins, la stigmatisation des personnes recherchant de l'aide pour motif de santé mentale, la communication inadéquate dans les médias et la facilité d'accès aux moyens létaux constituent des facteurs de risque. (1)

1.7 Facteurs de risque liés « au système de santé et à la société en général »

A un niveau plus large, le fait de vivre en des périodes de guerre, de crise économique, des catastrophes naturelles, un climat de violence ou de la maltraitance sont des facteurs de risque de suicide. (1)

1.8 Facteurs protecteurs

Il existe plusieurs catégories de facteurs protecteurs (1) :

- Le soutien social, qui peut se manifester sous la forme d'un entourage social soutenant et étayant, ainsi qu'un sentiment fort d'appartenance à une communauté.
- Les croyances et pratiques religieuses, par l'interdit religieux, les croyances sur la vie et l'après, etc...
- Tout investissement dans une raison de vivre supérieure
- Les stratégies d'adaptation positives au stress

1.9 Stratégies de prévention du suicide

L'hétérogénéité des facteurs impliqués dans la survenue des comportements suicidaires implique le développement de stratégies de prévention multimodales.

En premier lieu, la population générale est ciblée par des stratégies de prévention dites « universelles », telles que la promotion de l'accès aux soins. Ensuite, les stratégies de prévention « sélectives » s'intéressent aux groupes de populations plus vulnérables aux conduites suicidaires. Enfin, des stratégies de prévention « indiquées » sont développées, afin de s'adresser à des groupes de personnes aux critères de vulnérabilité plus spécifiques.

En parallèle des actions de prévention, l'OMS insiste sur la nécessité de poursuivre et d'améliorer le recueil des données nationales sur le suicide. (1)

En France, la prévention du suicide s'organise selon les directives du programme national d'action contre le suicide, régulièrement actualisées, qui dictent les axes de travail prioritaires.

La dernière actualisation de ce programme, en 2022, met l'accent sur les 5 axes suivants (8) :

- Maintien du contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide, avec le programme Vigilans

- Formation au repérage, à l'évaluation et l'intervention de crise suicidaire ;
- Prévention de la contagion suicidaire avec le programme Papageno
- Mise en place d'un numéro national de prévention du suicide ;
- Meilleure information du public

Il ne s'agit que de priorités de travail, sélectionnées parmi les nombreuses stratégies de prévention possibles.

Nous citerons ici de manière non exhaustive les stratégies de prévention existantes et nous nous intéresserons plus en détail à la limitation d'accès aux moyens suicidaires et aux stratégies de prévention « indiquées », deux points potentiellement pertinents dans le cadre de cette thèse.

1.10 Stratégies de préventions « universelles »

Les stratégies de prévention universelles regroupent les moyens de prévention mis en place à l'échelle de la population générale. (1)

On peut citer par exemple :

- Le déploiement et l'organisation des politiques de santé mentale
- Les stratégies d'amélioration de l'accès aux soins
- Les politiques visant à réduire les consommations de toxiques et d'alcool
- L'amélioration de la communication médiatique relative au suicide, afin de diminuer les phénomènes de contagion suicidaire
- La sensibilisation du grand public aux troubles mentaux et addictologiques, afin de diminuer les stigmas associés à ces troubles
- Les mesures générales de restriction d'accès aux moyens de suicide

1.11 Focus sur la restriction d'accès aux moyens

La restriction d'accès à des moyens létaux de suicide est une mesure de prévention du suicide qui a largement montré son efficacité dans la littérature internationale. (9)

On considère que cette restriction permet notamment de diminuer le nombre de passages à l'acte impulsifs, car le temps de recherche du moyen donne l'opportunité aux personnes suicidaires d'élaborer une alternative au suicide. (10)

Les moyens pouvant bénéficier de mesures de restriction d'accès sont les armes à feu, les produits chimiques et pharmaceutiques, le gaz, les lieux situés en hauteur et les bordures de voies ferrées.

Nous n'avons pas trouvé de littérature s'intéressant spécifiquement à la restriction d'accès aux produits caustiques. Ceux-ci sont généralement considérés comme assimilés aux pesticides ou aux intoxications tous produits confondus.

En France, il s'agit d'une stratégie de prévention nationale peu investie.

Le programme d'action national contre le suicide 2011-2014 (11) développe les actions effectuées dans ce domaine : il rappelle les modifications de la réglementation effectuées en 2011 concernant l'acquisition, la détention et le stockage des armes à feu. Il prévoit la mise en place de campagne d'information à visée des détenteurs d'arme et de leurs proches, ainsi que la mise en place d'un groupe de travail ayant pour but l'identification des possibilités d'évolution de la réglementation et les actions de prévention pertinentes.

En 2016, le Haut Conseil de Santé Publique et l'Observatoire National du Suicide dresse le bilan de la mise en place de ces mesures et rend compte de leur complexité.

Il est rapporté que des campagnes d'informations ont été mises en place, ce uniquement à destination des chasseurs. Une tentative de cartographie des lieux à risque de suicide n'a pas abouti. Aucune autres mesures pertinentes et faisables n'ont pu être identifiées.

Le HCSP et l'ONS insistent donc sur le potentiel de progrès dans ce domaine. (12,13)

En revanche, en France, des mesures de restriction d'accès aux moyens létaux sont mises en place à une échelle individuelle, lors de l'intervention auprès des personnes en crise suicidaire, et constituent plutôt des mesures de prévention dites « indiquées », que nous développerons plus loin dans le paragraphe consacré.

1.12 Stratégies de prévention « sélectives »

Les stratégies de prévention sélectives s'adressent aux personnes ayant un terrain de vulnérabilité aux conduites suicidaires, et a pour objectif de prévenir la survenue d'une crise suicidaire. Parmi les personnes vulnérables, plusieurs groupes ont été identifiés. On peut citer les détenus, les migrants, la communauté LGBTI, les personnes endeuillées par suicide. (1)

En premier lieu, des programmes de prévention et d'interventions à destination de ces personnes sont développés.

En France, ces dernières années, l'accent a été porté sur la population détenue et les personnes âgées vivant en institution. (7)

Les mesures de prévention sélectives comprennent aussi des mesures de formation de « sentinelles », c'est-à-dire des intervenants qui seraient en mesure d'identifier, dans le cadre de leur activité, les personnes pouvant présenter un risque suicidaire. On peut citer la formation des soignants, des travailleurs sociaux, des enseignants, des secouristes et intervenants de première ligne (pompiers, policiers...) etc.

La création et la promotion de services d'aides comme la mise en place du 3114, numéro national de prévention du suicide constitue aussi une mesure de prévention sélective.

1.13 Stratégies de prévention « indiquées »

Finalement, les stratégies de prévention « indiquées » concernent les groupes de personnes particulièrement vulnérables aux conduites suicidaires.

Ces stratégies sont les bonnes pratiques d'évaluation et de prise en charge des conduites suicidaires, des troubles mentaux et des troubles de l'usage de substances et l'apport d'un soutien à la communauté. (1)

Par soutien communautaire, on entend le maintien du lien avec les patients suicidants et suicidaires, généralement à l'issue de leur prise en charge.

Il a en effet été prouvé qu'un suivi et un soutien efficace à l'issue d'un passage aux urgences ou une hospitalisation en psychiatrie pour comportement suicidaire permet de diminuer le risque de suicide ultérieur. (14) En France, dans cette optique de maintien du lien à l'issue d'une tentative de suicide, le programme Vigilans a été développé.

Parmi les bonnes pratiques de prise en charge des conduites suicidaires, il est recommandé lors de la prise en charge des patients en crise suicidaire d'interroger les scénarios suicidaires envisagés et d'organiser la mise en sécurité du patient, à l'aide de ses proches. (13)

On peut alors proposer une hospitalisation ou des mesures de sécurisation du domicile par le retrait des objets et produits dangereux, ainsi que la dispensation des médicaments à intervalles rapprochés en pharmacie ou par un tiers (infirmier libéral ou proche) afin d'éviter le stockage médicamenteux.

Concernant les suicides par ingestions de caustiques, la méthode étant peu fréquente, il est rare d'organiser une sécurisation du domicile avec retrait des produits caustiques ménagers, exception faite de patients suicidants par cette méthode ou aux antécédents de tentative de suicide par cette méthode.

Dans le cadre de cette thèse, l'identification de facteurs communs aux conduites suicidaires par ingestion de caustique pourrait permettre d'identifier des groupes à risque

et ainsi sensibiliser le clinicien à la nécessité d'organiser le retrait des produits caustiques du domicile.

1.14 Les différentes méthodes de suicides et leur classification

Comme nous l'avons constaté précédemment, les individus aux comportements suicidaires constituent une population hétérogène que la recherche tente de classer en sous-groupe, afin d'améliorer la compréhension du suicide et de ses causes, mais aussi d'élaborer des stratégies de prévention plus spécifiques et d'affiner l'évaluation du risque suicidaire en pratique clinique. Parmi les moyens de différencier des sous-groupes à risque de suicide, la recherche s'est attelée à identifier les facteurs qui pourraient être associés au choix de la méthode, ainsi qu'à classer ces méthodes.

1.15 Epidémiologie

La prévalence des méthodes de suicide diffère d'un pays à l'autre. La pendaison est la méthode la plus utilisée par les deux sexes dans les pays développés, à l'exception des Etats-Unis où l'utilisation des armes à feu est plus fréquente. (1) Dans les autres pays, c'est l'intoxication aux substances qui est le plus utilisé, en notamment l'intoxication aux pesticides dans 30% des cas de suicide mondiaux. (1)

En France, en 2011, le premier mode de suicide est la pendaison (53%), suivi de la prise de médicaments ou autres substances (14%), les blessures par armes à feu (14%) et le saut d'un lieu élevé (7%). (15) Chez les hommes, le suicide par pendaison est largement majoritaire (58%), puis viennent les armes à feu pour 17%. Les modes les plus fréquents chez les femmes sont la pendaison (37%) et la prise de médicaments et autres substances (17%).

Concernant les tentatives de suicide : en France, sur la période entre 2004 et 2011, sur les 765 616 hospitalisations pour tentatives de suicide (hors service de psychiatrie), 82% sont des ingestions médicamenteuses (principalement de psychotropes), 8% des ingestions

d'autres produits (alcool, solvants, pesticides, caustiques...), 5% des phlébotomies, 1,6% des pendaisons. Les autres modes de suicide (arme à feu, noyade, intoxication aux gaz, précipitations...) ne concernent chacun respectivement que moins d'1% des séjours chaque année. Il est notable que 75% des hospitalisations pour pendaison et 86% pour blessures par armes à feu concernent les hommes. Ces données ne concernent que les séjours en MCO et ne comptabilisent donc pas les patients hospitalisés en psychiatrie ou suivi en ambulatoire à l'issue d'un séjour aux urgences. (7)

1.16 Facteurs associés au choix d'une méthode de suicide

Les principaux facteurs de choix d'une méthode de suicide identifiés dans la littérature semblent être la disponibilité physique et cognitive, la létalité et l'acceptabilité socioculturelle. (16)

La disponibilité physique se définit par la possibilité d'un accès pratique et simple à une méthode de suicide. La présence de produits létaux à domicile ou en milieu professionnel tels que les médicaments ou les produits ménager, l'accès facile à une arme à feu notamment dans les pays où ils sont autorisés ou dans certains milieux professionnel, l'accès à des zones surélevées comme les ponts ou les toits, constituent des exemples de disponibilité physique. (17)

La disponibilité cognitive correspond pour l'individu à l'idée qu'il se fait de l'accessibilité au moyen, et ses connaissances techniques concernant ce moyen. Les médias jouent un rôle important dans ce domaine et peuvent augmenter l'accessibilité cognitive des méthodes de suicide distribuant des informations techniques sur l'accès aux moyens, ainsi que dépeignant de manière sensationnelle l'usage de certaines méthodes. (18) Un triste exemple de cet effet a pu être observé à Hong-Kong en 1998. Alors que les médias relataient de manière détaillée le suicide d'une femme décédée par des brûlures au

charbon, la méthode est devenue en deux mois la troisième méthode de suicide la plus utilisée du territoire. (19)

L'acceptabilité socio-culturelle, dont les mécanismes sont complexes et influencés par la disponibilité physique et cognitive, se démontre par la prévalence plus importante de certaines méthodes au sein d'un pays ou d'un groupe socio-culturel. Ainsi, au sein même de notre pays, les moyens de suicide utilisés varient d'une région à l'autre. On peut par exemple citer les suicides par noyade plus fréquents dans les Pays de la Loire (7,7 % contre moins de 3 % pour la moyenne nationale) ou en Bretagne (6,9 %) ou encore des décès par saut dans le vide, dont la prévalence est plus élevée en Île-de-France et en Corse (14,7 % dans les deux régions contre environ 7 % pour la moyenne nationale). (7)

1.17 Classification des méthodes de suicide

La première classification des méthodes de suicide a été élaborée dans les années 70 par Asberg et est toujours admise aujourd'hui. Il s'agit de distinguer les moyens de suicide violents des moyens non-violents. (20) La pendaison, le saut d'une hauteur ou sous un train, la phlébotomie, l'accident de voiture, l'immolation, l'empoisonnement au gaz, la noyade, l'électrocution ou l'utilisation d'une arme à feu sont considérés comme des méthodes de suicide violentes. Les méthodes non-violentes regroupent les intoxications aux drogues et autres substances toxiques.

Il est pertinent de remarquer que la méthode de suicide par intoxication est traitée dans la littérature épidémiologique et psychiatrique comme un ensemble homogène. En effet, rare sont les études qui distinguent les intoxications médicamenteuses des intoxications aux drogues, aux pesticides, aux caustiques et autres produits chimiques. (21–23) Pourtant, même si l'on peut considérer que le geste d'ingérer une substance est le même, les différents types de substances se distinguent par leur disponibilité, leur conséquences morbides et leur létalité.

On peut par exemple supposer que les médicaments sont des produits largement disponibles, d'autant plus chez les personnes traitées pour une affection psychiatrique ou somatiques, ou encore que les produits à usage professionnel sont plus disponibles pour certaines catégories socio-professionnelles. En termes de conséquences physiques et de létalité, les effets sont aussi très variables. Sur ce point, l'ingestion volontaire de caustique montre un taux de létalité plus élevé que les autres types d'ingestions (24), et, en cas de survie, peuvent entraîner des séquelles irréversibles et handicapantes. (25)

Depuis cette première classification d'Alsberg, peu de modifications ont été proposées. L'intégration des empoisonnements aux gaz, la suffocation et la noyade aux méthodes de suicide non-violentes a été évoquée dans certaines études, sans consensus. (21,22)

Comparés aux méthodes non-violentes, les méthodes de suicide violentes sont utilisées en majorité par les hommes (26) et sont associées à un taux de mortalité plus élevé (27,28). Dans une étude réalisée par *Giner et al* en 2014 (27), comparant un groupe de suicidants par méthode violente à une groupe de suicidants par des méthodes ne remplissant pas les critères de méthode violente, il a été retrouvé que les suicidants par méthode violente étaient plus âgés, en majorité des hommes, et présentaient plus d'antécédents familiaux de suicide. Il a été retrouvé dans d'autres études une proportion moindre de troubles de l'usage de substances parmi les personnes utilisant une méthode de suicide violente. (26) Enfin, il semble y avoir une saisonnalité plus marquée dans les suicides violents, avec un pic de suicide au printemps et un creux à la fin de l'automne. Ces variations ne sont pas retrouvées dans les suicides non-violents. (29)

Nous verrons plus loin comment s'inscrit la méthode de suicide par ingestion de caustique dans cette classification.

1.18 Spécificités de la prise en charge médicale des ingestions de caustique

1.1.1 Epidémiologie

L'épidémiologie des ingestions de caustique est peu étudiée. Il s'agit d'un motif d'hospitalisation considéré comme peu fréquent.

En 2023, Challine et son équipe publient une étude recensant 3 544 patients de plus de 15 ans, hospitalisés en France entre 2010 et 2019 après une ingestion de caustique.

Sur cette période, ce motif constituait 0,016% des admissions en urgence à l'hôpital. Les aspects socio-démographiques et cliniques des patients concernés seront développés dans la revue de littérature ci-après. (24)

1.1.2 Produits caustiques

Les substances caustiques, lorsqu'elles entrent en contact avec un tissu humain, occasionnent des lésions immédiates, profondes et irréversibles.

L'intensité de ces lésions dépend de la nature, de la concentration, de la forme du produit, ainsi que du volume de produit ingéré.

Les substances caustiques peuvent également être la cause d'une toxicité systémique.

Parmi les différentes substances caustiques, on distingue :

- Les acides forts, entraînant des lésions tissulaires par nécrose de coagulation
- Les bases fortes, entraînant des lésions par nécrose de liquéfaction
- Les agents oxydants, caustiques par dénaturation des protéines
- Les agents électrophiles

Les différents types de caustique, leurs appellations chimiques et communes, ainsi que leur utilité en usage courant, sont recensés dans le tableau ci-dessous. (30)

	Classification chimique	Noms communs	Usage
Acides forts (pH < 1)	Acide chlorhydrique (autrement appelé chlorure d'hydrogène ou acide muriatique)		Détartrants, décapants pour métaux/peinture, déboucheurs de canalisation
	Acide sulfurique	Huile de Vitriol	
	Acide formique		Industrie papetière, industrie du textile, tannerie
	Acide fluorhydrique/bifluorure d'ammonium		Eclaircisseur de bois, antirouille, décapant, nettoyant, polisseur
Acides faibles	Acide oxalique		Antirouille, agent de blanchiment, décapant
	Acide phosphorique		Détartrant
Bases fortes (pH > 13)	Hydroxyde de sodium	Soude	Déboucheur, décapant pour fours, nettoyant de cheminée, industrie métallurgique
	Hydroxyde de potassium	Potasse	Agent de blanchiment, fabrication de savon
Oxydants	Hypochlorite de sodium (à 13 ou 25% de chlore actif, en industrie, 9,6% dans le commerce)	Eau de Javel	Nettoyant, désinfectant, agent de blanchiment, traitement des eaux
	Peroxyde d'hydrogène (>10% ou > 30 volumes)	Eau oxygénée	Antiseptique, agent de blanchiment
Agent électrophile	Formaldéhyde		Désinfectant, agent de coagulation et de conservation, fixation des tissus

Tableau 1: Principaux produits caustiques

1.1.3 Séquelles de l'ingestion de caustique

1.1.3.1 *Séquelles aiguës*

Lors de l'ingestion, au contact du tube digestif, l'agent caustique entraîne une nécrose des couches de la paroi digestive. Une nécrose transmurale, c'est-à-dire qui touche l'intégralité des couches de la paroi, peut entraîner une perforation digestive ou l'extension de la brûlure aux organes voisins tels que le pancréas, la rate, le colon, le mésocolon et le lobe gauche du foie.

La brûlure peut par ailleurs s'étendre vers le médiastin et toucher l'arbre trachéo-bronchique, entraînant diverses lésions telles que des perforations trachéales ou bronchiques, des fistules trachéo-oesophagiennes ou broncho-oesophagiennes.

Des pneumopathies d'inhalation de caustiques peuvent également survenir.

La toxicité propre de certains agents caustique peut aussi occasionner des complications systémiques, telles que des troubles ioniques ou des complications neurologiques et cardiovasculaires.

Un appel systématique au centre anti-poison doit donc être réalisé après une ingestion de caustique, afin de connaître spécifiquement la toxicité du produit ingéré. (25)

1.1.3.2 Séquelles tardives

A distance de l'ingestion de caustique et de la constitution des lésions aiguës, peuvent survenir dans les premiers mois des séquelles à type d'hémorragies digestives, et de fistulisation dans les organes adjacents (colon, aorte).

Le processus de cicatrisation, évolutif durant environ 4 mois, occasionne une sclérose rétractile, pouvant engendrer des sténoses à différents niveaux du tube digestif.

A plus long terme, un reflux gastro-œsophagien, par défaut de fonctionnement de la motricité œsophagienne peut survenir.

Il existe également un risque de dégénérescence néoplasique des lésions cicatricielles de l'œsophage. (25)

1.1.4 Prise en charge

Lors du premier contact avec le patient, sur le lieu de l'ingestion, le premier objectif des équipes soignantes doit être de ne pas aggraver les lésions. Il faut ensuite pouvoir stabiliser le patient, traiter les défaillances d'organes et effets toxiques éventuels, puis réaliser un premier bilan lésionnel.

Pour éviter une aggravation des lésions, il faut éviter tout geste qui exposerait à un second passage du produit dans la filière digestive. Le malade doit donc être placé en position demi-assise, les vêtements souillés doivent être retirés et la peau atteinte nettoyée. Une oxygénation doit être réalisée, au masque ou par intubation oro-trachéale si nécessaire.

Un interrogatoire rigoureux du patient et des proches permet de déterminer la nature du ou des produits ingérés. Il est ensuite recommandé d'orienter le patient vers une structure hospitalière spécialisée, de préférence dans un service de déchocage médical. Dans les Hauts-de-France la structure spécialisée de recours pour les ingestions de caustiques est le pôle de réanimation du CHU de Lille.

Dans l'attente du bilan lésionnel, il est primordial de maintenir l'homéostasie du patient et de traiter les éventuelles détresses vitales.

Le bilan lésionnel vise à pouvoir évaluer l'étendue et la sévérité des lésions causées par le produit caustique. Depuis une dizaine d'année, la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne remplace progressivement l'utilisation de l'endoscopie. Il a en effet été démontré que la TDM permet de déceler de façon fiable la présence de nécrose de la paroi digestive et que, comparativement à l'endoscopie, elle permet d'améliorer la sélection des patients nécessitant une chirurgie. Cette avancée dans l'évaluation des lésions a permis une diminution significative du nombre de résections œsophagiennes injustifiées.

A l'issue de la tomodensitométrie, le radiologue établit le grade des lésions caustiques œsophagienne et gastriques, ce qui conduit à la prise de décision thérapeutique selon l'algorithme suivant. Seules les lésions les plus sévères nécessitent une chirurgie en urgence. (25)

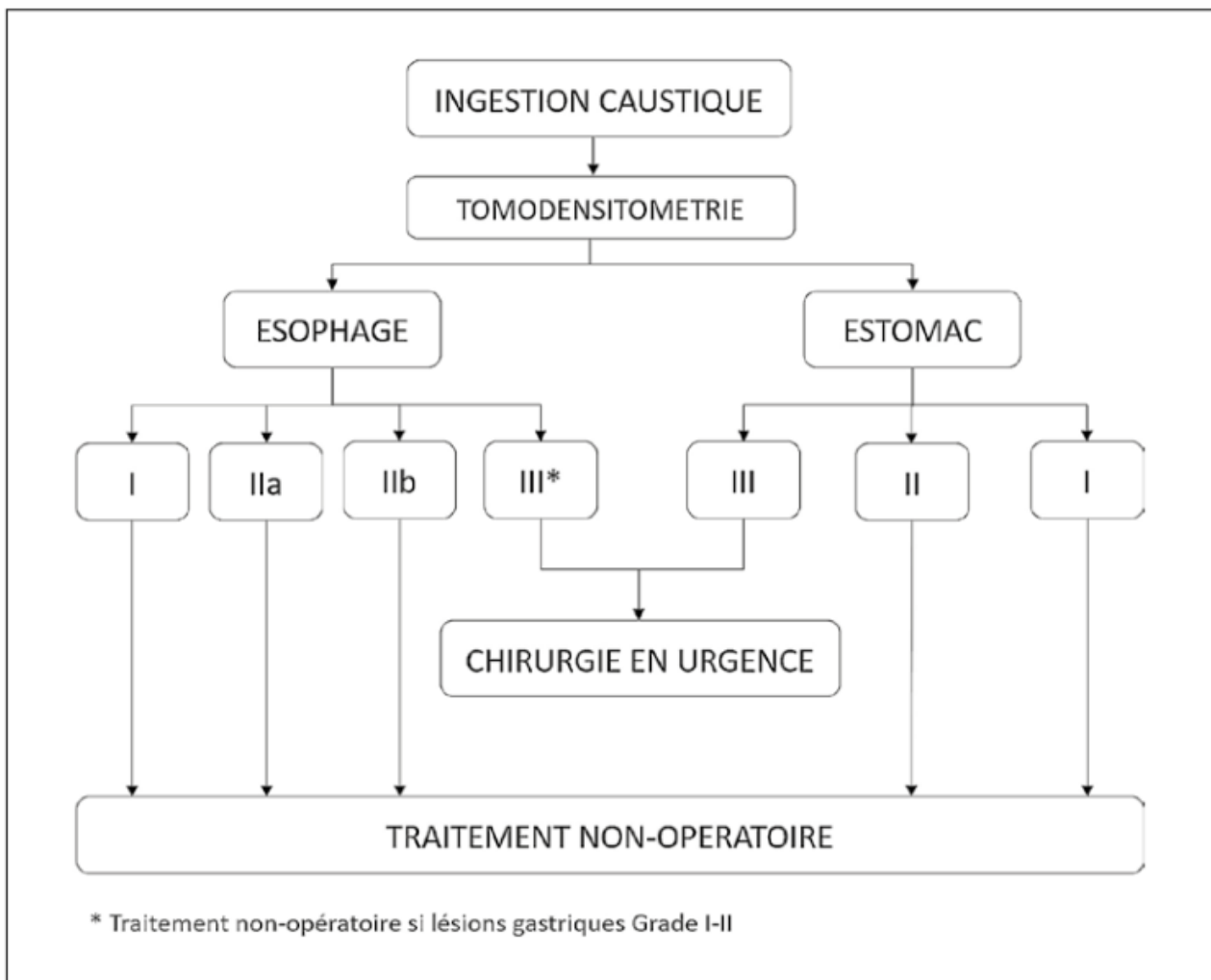


Figure 1 : Algorithme décisionnel thérapeutique devant une ingestion de caustiques (25)

Les lésions œsophagiennes sont classées en quatre grades radiologiques. Une oesophagite de grade I permet au patient une reprise de l'alimentation immédiate et un retour à domicile rapide. Le grade IIa correspond à une muqueuse inflammatoire sans nécrose complète. La musculature, paroi externe de l'œsophage, est intacte. La réalimentation orale ne pose généralement pas de problèmes et le risque de sténose

oesophagienne ultérieure est faible (<20%). Le grade IIb montre une muqueuse nécrosée entièrement. Le risque de sténose œsophagienne est supérieur à 80%. Enfin, le grade III correspond à une nécrose transmurale, c'est-à-dire une nécrose complète de la paroi œsophagienne.

Les lésions gastriques sont quant à elles classées en trois grades. Cette classification peut être répliquée aux autres organes abdominaux potentiellement touchés (duodénum, intestin, grêle, côlon). Le grade I se caractérise par l'absence d'anomalies gastriques. Le grade II montre un aspect franchement pathologique mais il n'y a pas de rupture de continuité de la paroi. Ces deux premiers grades permettent un réalimentation orale rapide. Les lésions de grade III montrent une absence de prise de contraste limitée ou étendue de la paroi gastrique, signifiant des lésions profondes de la paroi. On peut y retrouver associé des signes de péritonite caustique par perforation gastrique, complication gravissime et létale de manière quasi-systématique.

Parallèlement au bilan lésionnel gastrique, une fibroscopie trachéo-bronchique doit être réalisée chez tout patient ayant des lésions sévères avec signes fonctionnels respiratoires associés, et ce afin d'objectiver de potentielles brûlures de l'arbre respiratoire, soit par inhalation, soit par diffusion médiastinale à partir de l'œsophage.

De même, un examen ORL doit être réalisé dans les 24h suivant l'ingestion. Des lésions sévères pharyngolaryngé doivent faire envisager la réalisation d'une trachéotomie.

1.1.5 Traitement conservateur, non-opératoire

Le traitement non opératoire consiste en une surveillance clinique et biologique en milieu hospitalier, permettant la réalisation d'une nouvelle imagerie en cas d'aggravation

secondaire. Dès que le patient est capable d'avaler, une alimentaire orale doit être reprise, et lorsqu'elle est bien supportée, la sortie d'hôpital peut être prévue. Une consultation de suivi est prévue à 4 mois.

Dans certains cas, une sténose œsophagienne précoce empêche la reprise rapide de l'alimentation orale, conduisant alors à la mise en place d'une jéjunostomie d'alimentation orale dans l'attente d'un traitement définitif de la sténose. (25)

En France, 89% des patients peuvent bénéficier d'un traitement non-opératoire à l'issue d'une ingestion de caustiques. (24) La mortalité associée au traitement non-opératoire est de 6%, la morbidité de 29%.

1.1.6 Traitement chirurgical

Un classement grade III des lésions caustiques à la TDM signifie la présence d'une nécrose trans pariétale et oblige à la résection chirurgicale du segment digestif concerné.

L'intervention la plus fréquente après une ingestion de caustique est l'œsogastrectomie totale par stripping. Le taux de mortalité après cette opération s'élève à 19%.

En l'absence de lésion œsophagienne, l'opération réalisée doit être une gastrectomie totale avec anastomose œso-jéjunale immédiate. En cas de gastrectomie totale seule, le taux de mortalité s'élève à 10%.

En cas de nécrose trans pariétale étendue au-delà du premier duodénum, une duodéno-pancréatectomie céphalique doit être réalisée. Le taux de mortalité s'élève dans ce cas à 33%.

Les lésions trachéo-bronchiques quant à elles sont traitées par patch pulmonaire ou par interposition d'un patch pleural ou musculaire. Ces lésions exposent à un taux de mortalité encore plus élevé de 45%.

En France, 11% des patients traités pour ingestion de caustique ont nécessité une intervention chirurgicale en urgence. Les taux de mortalité et de morbidité globale en cas d'intervention chirurgicale sont respectivement de 25% et 76%. (25)

2 REVUE DE LA LITTERATURE

Nous avons réalisé une revue de littérature afin d'explorer les données existantes sur les caractéristiques socio-démographiques et psychiatriques des patients réalisant une ingestion volontaire de caustiques.

2.1 Matériel et Méthode

2.1.1 Sélection des articles

L'algorithme de recherche utilisé est le suivant : ("caustic ingestion" OR "caustic poisoning" OR "corrosive poisoning" OR "caustic poisoning" OR "acid poisoning" OR "alkali poisoning" OR "acid ingestion" OR "alkali ingestion") AND ("psychiatric" OR "psychologic" OR "mental health"). Nous avons utilisé les moteurs de recherche Pubmed et Google Scholar.

Les critères d'inclusion étaient :

- Article accessible en texte intégral,
- Études originales et méta-analyses,
- Pas de limite de date,
- Pas de limite géographique,
- En langue française ou anglaise.

Les critères d'exclusion étaient :

- Articles portant sur les ingestions d'autres substances ou médicaments,
- Articles traitant des ingestions de caustique sous le prisme chirurgical, gastroentérologique ou réanimatoire,
- Articles ne distinguant pas la population pédiatrique de la population adulte,
- Articles s'intéressant aux caractéristiques des patients à distance de l'hospitalisation initiale pour ingestion de caustique.

Au 11 décembre 2023, la recherche Pubmed a donné 39 résultats. Après lecture du titre, nous avons retenu 5 articles. La recherche Google Scholar a donné 377 résultats et 17 articles ont été retenus après lecture du titre. Après retrait de 2 doublons, 20 articles étaient éligibles.

Après lecture du texte intégral, 16 articles ont été retirés pour les raisons suivantes :

- 11 articles s'intéressaient aux aspects non-psychiatriques de la prise en charge des ingestions de caustiques, sans étudier les caractéristiques démographiques et psychiatriques des patients,
- 2 articles ne différenciaient pas les produits caustiques des autres types substances,
- 1 article s'intéressait aux conséquences psychiatriques d'une exposition à tout type de toxiques, sans précisions sur les caractéristiques cliniques et démographiques de la population
- 2 étaient des articles de revue.

Nous avons par la suite ajouté 5 articles cités dans les articles précédents.

Il s'agit donc d'une revue de la littérature portant sur 9 articles.

2.2 Flow-chart

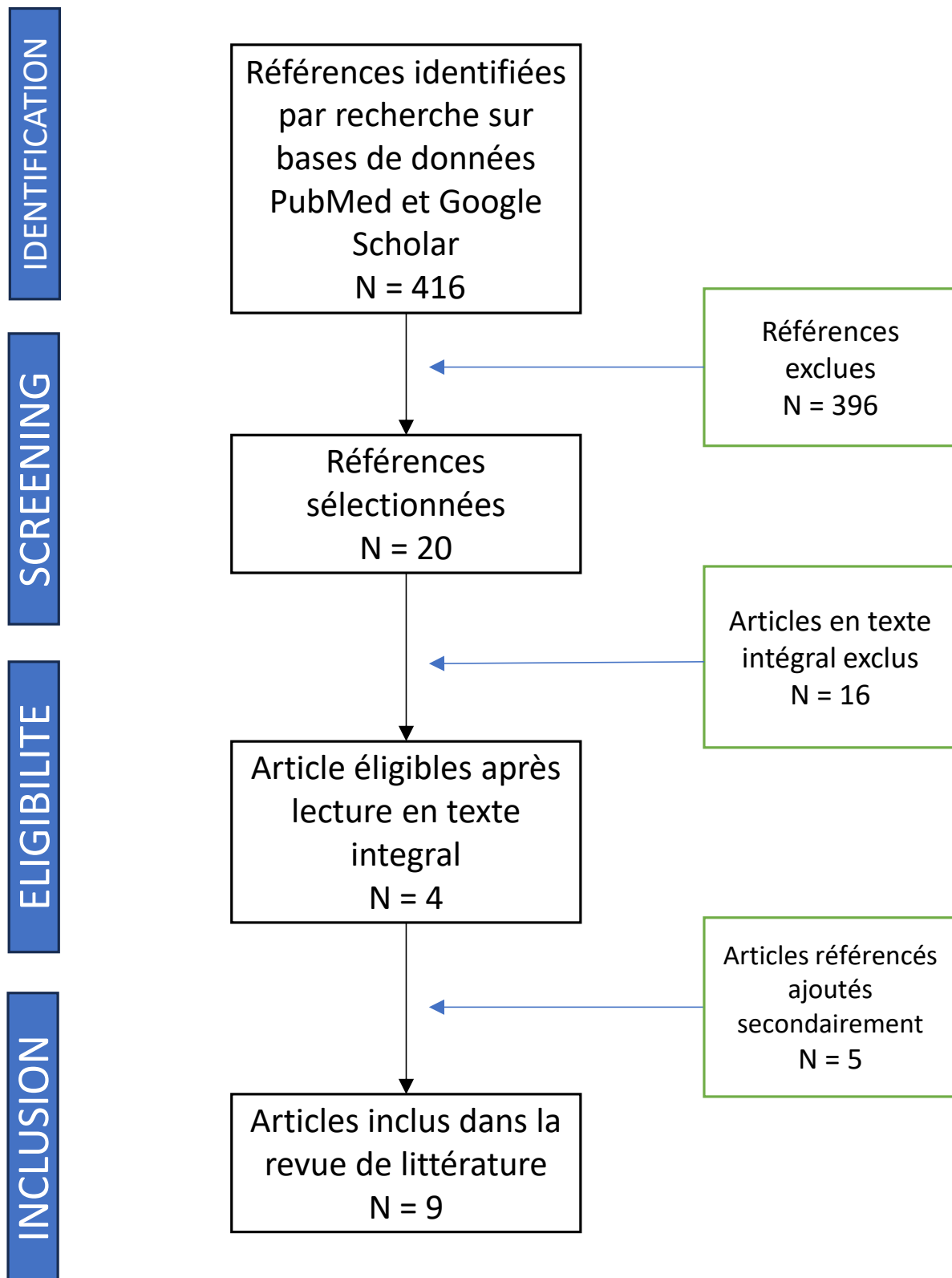


Figure 2 : Flow-chart de la revue de la littérature

2.3 Résultats

Les principaux résultats de cette revue de littérature sont exposés dans le Tableau 5 en Annexe 1.

2.4 Types d'études

Toutes les études recensées sont observationnelles, tantôt descriptive, tantôt analytiques. La majorité s'appuie sur des données recueillies rétrospectivement, et deux études réalisent un suivi prospectif du devenir des patients.

2.5 Critères de jugement

Les critères de jugement sont hétérogènes d'une étude à l'autre. Ils incluent le calcul d'incidence des ingestions de caustique à l'échelle d'un pays (Taiwan) ou d'un Conté (Aarhus au Danemark), l'étude des facteurs associés à la morbi-mortalité intra-hospitalière ou des facteurs associés à la survie après une ingestion de caustique.

Certains auteurs se penchent sur l'impact de l'âge, des comorbidités psychiatriques, du sexe ou de la prise en charge médicale sur le pronostic des patients.

Enfin, une étude s'intéresse aux données socio-démographiques et cliniques d'une cohorte de patients décédés d'une ingestion volontaire de caustiques, et les compare avec les données de deux autres cohortes : une incluant des patients décédés d'une tentative de suicide violente, l'autre des patients décédés de l'ingestion volontaire de produits toxiques non caustiques.

2.6 Population étudiée

Les échantillons étudiés recouvrent des périodes de 6 à 28 ans. L'étude la plus ancienne a recueilli des données entre 1976 et 1991, et la plus récente entre 2010 et 2019.

La plupart des données proviennent de bases hospitalières (7 études), et deux études colligent les données de leurs bases nationales (Taiwan et France).

Une étude a été réalisée en Afrique, au Nigeria, trois études ont été réalisées à Taïwan et cinq études en Europe, dont deux en France.

Les échantillons concernent des patients adultes, de 15 ans minimum.

Une exception a été faite pour l'étude taïwanaise qui recense les patients à partir de la base de données nationale et inclue les patients de moins de 18 ans. Cette étude porte sur un échantillon de 16 000 patients, dont environ 14 700 patients de plus de 18 ans, ce qui constitue le plus large échantillon de cette revue de littérature. (31) C'est la raison pour laquelle il semblait pertinent d'en étudier les résultats, quand bien même ils sont à interpréter avec plus de prudence.

2.7 Données socio-démographiques

L'âge moyen ou médian est compris entre 40 et 50 ans, excepté l'étude nigériane (32) dans laquelle l'âge médian était de 30,7 ans, et la cohorte milanaise (2) qui retrouvait un âge médian de 56,62 ans. L'âge médian de l'étude française sur le PMSI retrouve un âge médian de 49 ans.

L'étude milanaise relève que l'âge des patients est significativement plus élevé parmi les ingestions de caustiques que parmi les suicidés par ingestions d'autres produits.

Concernant la répartition en fonction des sexes, le ratio homme/femme est globalement équilibré.

4 des 9 études retrouvent un pourcentage de femmes légèrement prédominant, variant de 51,4% à 57%. De même, 4 des 9 études retrouvent un pourcentage d'hommes légèrement supérieur.

Il est intéressant de noter que l'étude taïwanaise comparant les patients avec comorbidités psychiatriques à ceux sans comorbidités psychiatriques (33) retrouve un pourcentage nettement supérieur de femmes parmi les patients avec comorbidités psychiatriques

(60,1%). Le ratio s'inverse dans le groupe sans comorbidités psychiatriques avec un pourcentage de femmes de 40,6%.

Dans l'étude milanaise, il est mis en évidence que ce ratio homme/femme globalement équilibré parmi les ingestions de caustique contraste avec le ratio homme/femme des suicides violents, où le pourcentage d'hommes est largement majoritaire (71,4% d'hommes). Il n'était pas retrouvé de différences significatives dans la répartition des sexes en comparaison aux suicides par ingestion d'autres substances dans cette étude, même si la littérature internationale semble pointer vers une prédominance de femmes chez les suicidants par intoxication médicamenteuse volontaire.

2.8 Données cliniques

Il faut dans un premier temps distinguer les ingestions volontaires des ingestions accidentelles. Parmi les études sélectionnées, seule l'étude milanaise (2) ne s'intéresse qu'aux ingestions volontaires.

L'étude taiwanaise (33), qui reprend les données de la base nationale, recense 38,9% de gestes volontaires parmi les 160 001 patients ayant ingéré des caustiques sur la période. Néanmoins, 7,8% de la cohorte est composée de patients mineurs, chez qui le taux d'ingestion accidentelle est élevé. De plus, il est expliqué que le fonctionnement des assurances maladies privées taiwanaises expose à une sous déclaration des intentions suicidaires. Les deux autres études taiwanaises, qui s'intéressent aux adultes, retrouvent d'ailleurs des taux d'ingestion volontaire plus élevés (entre 54,8 et 93,7%).

Pour les cinq études restantes, la prévalence des gestes suicidaires parmi les ingestions de caustiques varie de 61%, jusqu'à 89,2% dans l'étude française sur le PMSI (24).

En ce qui concerne les antécédents psychiatriques, en excluant l'étude taïwanaise dont nous avons déjà évoqué les biais, les études retrouvent un pourcentage d'antécédents psychiatriques parmi les patients allant de 29,6% à 71,8%.

Les critères de définition d'un antécédent psychiatrique sont peu explicités dans les études. Il n'est pas non plus explicité si le calcul du taux d'antécédent inclue l'hospitalisation et le potentiel diagnostique posé après l'intoxication par caustique.

L'étude française sur le PMSI (24) définit un antécédent psychiatrique par la présence d'un code F0 à F7 d'après la CIM 10, et il s'agit de l'étude qui retrouve le taux d'antécédents psychiatriques le plus élevé (71,8%).

Plusieurs études ont calculé le taux d'antécédents parmi les ingestions volontaires et retrouvent des taux allant de 50% à 82,5%.

Six études détaillent le type d'antécédent retrouvé. Le trouble dépressif est systématiquement l'antécédent majoritaire. L'étude nigériane rapporte que le trouble dépressif est également le trouble le plus diagnostiqué à l'issue de l'hospitalisation. Un seul patient avec un trouble bipolaire est mentionné dans l'intégralité de la revue.

Le trouble de l'adaptation et le trouble de stress aigu sont en deuxième position des antécédents psychiatriques retrouvés dans deux études.

Des troubles psychotiques sont également identifiés : 3 patients souffrant de schizophrénie sont identifiés dans la cohorte allemande, 5 patients dans la cohorte milanaise, 63 patients dans la cohorte de l'hôpital Saint-Louis, 12,9% de la cohorte avec comorbidités psychiatrique taïwanaise, et 1 patient de la cohorte nigériane.

En ce qui concerne les antécédents de tentative de suicide, des taux de 21% et 30% sont retrouvés dans deux études.

En ce qui concerne les antécédents addictologiques, ils sont rapportés dans 4 études : entre 5 et 21,4% des patients ont un trouble de l'usage de l'alcool. Les autres types de consommation ne sont pas explicités.

De manière notable, l'étude comparant un groupe avec comorbidités psychiatriques et un groupe sans comorbidités psychiatriques (33) retrouve un taux de trouble de l'usage de l'alcool bien plus élevé parmi les patients sans comorbidités psychiatriques (14,9% contre 4,3 % parmi les patients avec comorbidités psychiatriques).

Parallèlement, les comorbidités systémiques sont observées dans certaines cohortes, allant de 11,9% dans la cohorte nationale taïwanaise (31) jusqu'à 73,5% dans le groupe de patient âgé d'une autre cohorte taïwanaise.

Ces comorbidités englobent un large éventail de conditions médicales, y compris le diabète, les maladies cardiovasculaires, les néoplasies malignes et d'autres affections organiques. Aucune comorbidité systémique spécifique n'avait de prévalence significativement plus importante chez les patients hospitalisés pour tentative de suicide par ingestion de caustique.

2.9 Données sur le geste suicidaire

Dans la cohorte allemande, 79% des caustiques utilisés étaient des bases. Dans la cohorte milanaise, qui recense les gestes volontaires létaux, les caustiques utilisés sont des acides forts dans 80% des cas. Dans les cohortes françaises (24,34), l'utilisation de produits basiques est majoritaire, suivi des autres agents caustiques comprenant en grande part l'eau de javel, puis les acides.

Dans les cohortes asiatiques (31,33), ce sont en revanche les acides qui sont utilisés en majorité.

Par ailleurs, il a été constaté à Taïwan que les patients ayant des comorbidités psychiatriques ingèrent en moyenne 200mL de produit, contre 70mL pour les patients sans comorbidités.

2.10 Données sur le devenir des patients

La durée moyenne de séjour retrouvée dans les études varie entre 3,5 jours et 6,4 semaines, avec des différences notables selon les cohortes étudiées.

Les taux de mortalité intra-hospitalière oscillent entre 4,7% et 18%, reflétant la gravité des complications médicales.

Les données sur les prises en charge médicales et chirurgicales montrent que jusqu'à 18% des patients ont nécessité une chirurgie en urgence. Dans la cohorte nationale française, 10,9% des patients ont nécessité une résection d'organe en urgence.

Dans la cohorte française de l'hôpital St-Louis, Assalino et son équipe, qui ont réalisé un suivi de plusieurs mois après l'ingestion, retrouve un taux de nouvelles tentatives de suicide de 3% sur la période de suivi. (34)

Parmi les études analytiques, les facteurs associés à la mortalité intra-hospitalière qui ont pu être identifiés étaient les complications digestives et systémiques, les antécédents de maladie chronique ou de néoplasie maligne, un âge supérieur à 65 ans mais aussi la présence de comorbidités psychiatriques et le fait que l'ingestion soit à visée autolytique.

L'âge élevé, la présence de comorbidités psychiatriques et l'intentionnalité du geste étaient aussi corrélés à la morbidité.

2.11 Discussion

2.12 Principaux résultats

Cette revue de littérature a mis en évidence plusieurs aspects concernant les suicidants par ingestion de caustique. Tout d'abord, l'âge moyen des patients concernés se situe généralement entre 40 et 50 ans, avec une légère prédominance féminine dans certaines études, mais globalement un ratio homme/femme assez équilibré. D'après une des études taiwanaises, il semble qu'il y ait une majorité de femmes parmi les patients avec antécédents psychiatriques, et une majorité d'hommes parmi les patients sans antécédents psychiatriques.

Les antécédents psychiatriques sont fréquents parmi les patients, notamment les troubles dépressifs. Il semble également qu'il est plus fréquent de retrouver un trouble de l'usage de l'alcool en l'absence d'antécédent psychiatrique.

Les caractéristiques des gestes suicidaires et les types de caustiques utilisés varient sensiblement selon les régions d'études. En France, ce sont principalement les bases caustiques et l'eau de Javel qui sont utilisées.

Enfin, les taux de morbidité et de mortalité intra-hospitalière sont importants et corrélés à l'âge avancé et la présence d'antécédents médicaux psychiatriques et non psychiatriques.

2.13 Interprétation des résultats

L'âge moyen élevé des patients impliqués dans les tentatives de suicide par ingestion de caustiques peut suggérer que les suicidants par ingestion de caustique constituent une population plus âgée que les suicidants par intoxication médicamenteuse.

De même, le ratio homme/femme équilibré distingue ce mode de suicide des suicides par intoxication médicamenteuse, moyen utilisé principalement par les femmes, mais aussi des suicides par moyens violents, utilisés en majorité par les hommes.

Les antécédents psychiatriques, en particulier les troubles dépressifs, sont fréquemment associés aux tentatives de suicide par ingestion de caustiques, ce qui est concordant avec les observations faites dans les autres modes de suicide.

Concernant les caractéristiques des gestes suicidaires, les produits utilisés varient en fonction de la région étudiée. On sait que l'un des critères de choix d'un mode de suicide est sa disponibilité. L'eau de Javel est largement utilisée dans les produits ménagers européens, ce qui concorde avec une forte utilisation de ce produit en Europe. De même, la soude caustique est répandue en Afrique pour la fabrication du savon, et les acides sont souvent utilisés dans les batteries de voiture en Asie, ce qui peut expliquer les variations géographiques retrouvées dans la revue.

Enfin, les conséquences médicales de ces ingestions sont graves, avec des taux de mortalité intra-hospitalière élevés et des complications médicales importantes. Cette observation permet d'appuyer la nécessité d'intervenir avant la réalisation du geste, et donc de développer des stratégies de prévention plus efficaces et spécifiques à ce mode de suicide.

2.14 Limites de la revue de littérature

Dès la sélection d'articles, nous avons constaté qu'une grande majorité des articles identifiés se concentrent principalement sur les aspects de la prise en charge médicale non psychiatrique des ingestions de caustique. Un nombre considérable d'articles a donc dû être exclu.

De plus, sur les neuf articles sélectionnés, seuls trois ont pour objectifs d'explorer l'importance des facteurs psychiatriques dans les ingestions de caustique :

- L'article nigérian de *Ogunrombi et al* (32), visant à explorer l'impact des troubles psychiatriques sur le devenir des patients après l'ingestion,

- L'un des articles taiwanais de *Chen et al* (33) qui compare deux groupes de patients ayant ingéré des caustiques, avec et sans comorbidités psychiatriques,
- L'étude milanaise de *Gravagnuolo et al* (2), qui compare les caractéristiques des patients décédés suite à une ingestion volontaire de caustique aux caractéristiques des patients décédé par une autre méthode de suicide.

Plus encore, sur les neuf articles sélectionnés, seul l'article milanais explore les ingestions de caustiques à visée autolytique, à travers l'étude des dossiers de patients décédés après l'ingestion.

On peut pourtant aisément faire l'hypothèse que le contexte et le profil des patients ingérant un produit de manière accidentelle est sensiblement différent du patient en crise suicidaire utilisant cette méthode.

De plus, le groupe de patients étudié dans l'article milanais présente aussi des limites d'interprétation. En effet, comme démontré précédemment, l'âge et la présence de comorbidités psychiatriques et systémiques sont des facteurs de risque de mortalité par ingestion de caustique. On peut donc déduire que les données concernant cette cohorte montreront un taux de comorbidités psychiatriques et systémiques plus élevé et des patients plus âgés que dans une cohorte qui se serait concentrée sur les patients ayant réalisé une tentative, indépendamment de l'issue.

D'autres limitations sont à pointer.

Les critères de jugement et des populations étudiées varient sensiblement d'une étude à l'autre. Or, il a été montré précédemment dans la littérature que les comportements suicidaires sont impactés par le milieu socio-culturel. Il est donc difficile de généraliser des résultats descriptifs de populations aux influences culturelles variées.

Par ailleurs, les définitions des troubles psychiatriques et comorbidités systémiques ainsi que les méthodes de recueil de données diffèrent d'une étude à l'autre, et ne sont pas toujours détaillées, ce qui reste à considérer dans l'interprétation des résultats. Il n'est jamais précisé si la mention « trouble dépressif » se réfère à un antécédent d'épisode dépressif caractérisé ou s'il s'inscrit dans un trouble de l'humeur uni ou bipolaire, ce qui pourrait expliquer l'absence de mention des troubles bipolaires dans cette revue. De plus, de nombreux autres troubles psychiatriques ne sont pas mentionnés, tels que les troubles du neurodéveloppement ou encore les troubles du comportement alimentaire, et il n'est pas précisé si cela est dû à leur absence ou s'ils n'ont pas été recherchés.

De même, dans aucun des articles cités la question du suivi psychiatrique n'a été posée. En cas de trouble psychiatrique comorbide aux ingestions de caustiques, il n'était pas précisé s'il s'agissait d'un diagnostic antérieur au geste et si les patients bénéficiaient déjà d'un suivi spécialisé. Il n'est jamais précisé non plus si les troubles psychiatriques mentionnés étaient en phase de décompensation lors du geste.

2.15 Conclusion

En conclusion, notre revue de littérature a permis de mettre en évidence que les patients ingérant des caustiques semblent relativement âgés, avec une répartition homme/femme équilibrée, et souffrent d'un taux important de comorbidités psychiatriques et non psychiatriques. Les taux de morbi-mortalité retrouvés sont importants et généralement corrélés à la présence de comorbidités. Cette revue souligne aussi les lacunes de la littérature concernant les aspects cliniques psychiatriques des tentatives de suicide par ingestion de caustiques.

Au regard de ces lacunes, l'étude descriptive que nous envisageons de réaliser sur des patients hospitalisés pour ingestion volontaire de caustiques apparaît pertinente et nécessaire. Elle visera à combler le manque de données spécifiques et détaillées sur les

aspects cliniques psychiatriques des personnes utilisant l'ingestion de caustique comme méthode de suicide.

En se concentrant sur une population du nord de la France, notre étude permettra de mieux comprendre les caractéristiques dans ce contexte spécifique, ce qui est crucial pour élaborer des stratégies de prévention et d'intervention adaptées à la réalité socio-culturelle et au système de santé français.

3 ETUDE DESCRIPTIVE

3.1 Introduction

Au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Lille, tout patient admis aux urgences pour ingestion de produit caustique est dirigé vers le pôle de Médecine Intensive et Réanimation. Ce pôle se compose de sept unités de réanimation et une Unité d'Accueil de Déchocage Médical et toxicologie. Les cas les plus critiques, présentant des défaillances d'organe ou nécessitant une prise en charge chirurgicale, sont orientés vers les unités de réanimation. En revanche, les patients nécessitant des soins moins invasifs et pouvant rapidement reprendre une alimentation orale sont dirigés vers l'UADM. Dans tous les cas d'ingestions volontaires, ou lorsque l'intention est incertaine, une prise en charge psychiatrique est mise en œuvre, et le retour à domicile est conditionné par l'avis du psychiatre. Au sein des unités de réanimation, l'équipe de psychiatrie de liaison assure le suivi des patients, tandis qu'en UADM, une équipe dédiée, composée d'un interne et d'un psychiatre sénior, est responsable de l'évaluation du patient.

De manière empirique, les patients suicidants par ingestion de caustiques évalués par l'équipe de psychiatrie de liaison semblent correspondre au profil décrit dans la littérature. Ils affichent en effet un âge plus avancé que les patients évalués pour intoxications médicamenteuses, et le rapport homme/femme semble plus équilibré.

L'expérience clinique nous a en revanche conduit à formuler d'autres hypothèses concernant le profil de ces patients, qui n'ont pas été identifiées dans notre revue de la littérature :

- Une proportion significative de ces patients semble souffrir de troubles cognitifs légers ou de pathologies neurodégénératives diagnostiquées.
- Les troubles de l'humeur, qu'ils soient unipolaires ou bipolaires, apparaissent prévalents, caractérisés par des symptômes sévères, psychotiques ou mélancoliques

- Les gestes suicidaires semblent plus souvent survenir dans un contexte de décompensation psychopathologique plutôt qu'en réponse à une crise psychosociale.

L'objectif de cette étude est donc de décrire les caractéristiques sociodémographique et cliniques des patients suicidants par ingestion de caustiques, les particularités du geste suicidaire, ainsi que l'issue de l'hospitalisation initiale. Dans ce but, nous avons constitué une cohorte de 126 patients hospitalisés au pôle de Médecine Intensive et Réanimation du CHU de Lille entre 2013 et 2023 pour une ingestion volontaire de produit caustique.

3.2 Matériel et Méthode

3.3 Type d'étude

Nous avons mené une étude descriptive, observationnelle, rétrospective et monocentrique au sein du pôle de médecine intensive et réanimation du CHU de Lille.

3.4 Population d'étude

La cohorte a été établie à partir d'une requête dans le logiciel CORA, utilisé au CHU de Lille pour le codage des diagnostics médicaux à la suite de chaque séjour hospitalier. Tous les patients admis dans le pôle de réanimation du CHU de Lille, entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 août 2023 pour ingestion volontaire de caustiques ont été identifiés en utilisant les codes CIM-10 correspondant.

3.5 Critère d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Tous les séjours avec les codes de diagnostics principaux : «T281», «T286», «T282», «T285» et dont les diagnostics sont exclusivement codés dans les unités du pôle de médecine intensive et réanimation adulte.
- Les séjours liés à l'hospitalisation initiale suite au geste suicidaire.

Les critères d'exclusion comprenaient :

- Les séjours sans codes commençant par X.
- Les séjours avec des codes X49, X66 et X68.
- Les séjours sans le code X69.
- Les séjours codés comme des ingestions volontaires, et qui se sont révélés être des ingestions accidentelles après examen du dossier.
- Les séjours qui n'étaient pas liés à l'hospitalisation initiale pour le geste suicidaire, mais concernaient des séjours ultérieurs pour prise en charge des séquelles.
- Les séjours de récurrence impliquant un patient déjà inclus précédemment.

Les critères d'inclusion ont été établis en se basant sur les codes utilisés dans l'étude de *Challine et al*, qui recensait à partir de la base de données nationale du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, tous les patients hospitalisés pour ingestion volontaire de caustiques. (24) Les codes de diagnostics principaux utilisés dans cette étude étaient T281 et T286, correspondant respectivement à « brûlures de l'œsophage » et « corrosion de l'œsophage ». Nous avons ajouté les codes T282 « Brûlure d'autres parties des voies digestives » et T285 « corrosion de la bouche et du pharynx », pour améliorer l'exhaustivité de notre étude.

Pour ne sélectionner que les ingestions volontaires, nous avons exclu les séjours contenant le code X49, correspondant aux « Intoxication accidentelle par des produits

chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision » qui signifiait donc que l'ingestion était accidentelle, et les séjours ne contenant pas le code X69, qui correspond aux « auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision ». Les séjours sans codes en X ont aussi été écartés car ils ne permettaient pas de confirmer la nature du geste. De plus, pour garantir la nature caustique du produit ingéré, nous avons exclu les séjours avec les codes X66 qui correspondent aux auto-intoxications aux solvants organiques, hydrocarbures halogénés et leurs émanations et X68, les auto-intoxications par des pesticides.

Après analyse détaillée des dossiers, 20 séjours avaient été codés comme des ingestions volontaires mais étaient en réalité accidentelles, et 2 séjours concernaient des ré-hospitalisations après le même geste suicidaire. Ces 22 séjours ont donc été exclus.

La cohorte comptait alors 134 séjours pour 126 patients.

Il a fallu ensuite se questionner sur l'inclusion des séjours pour récurrence d'ingestion volontaire de caustique. Dans notre étude, cette situation concernait 5 patients pour 8 séjours : 3 patients ont récidivé une fois, 1 patient a récidivé 2 fois, et 1 patient a récidivé 3 fois.

Il fallait d'abord garder à l'esprit que l'objectif principal de l'étude était d'obtenir une description précise des caractéristiques des patients utilisant les caustiques comme méthode suicidaire, et non des séjours pour ingestion volontaire de caustique. De plus, les 8 séjours de ce petit groupe de 5 patients représentent près de 6% des 134 séjours. Le risque est donc que les variables concernant ces patients soient sur-représentées au sein de la cohorte. On peut pourtant faire l'hypothèse que certaines données vont varier d'un geste à l'autre, notamment les antécédents psychiatriques, la typologie de la crise, les caractéristiques du geste comme les produits utilisés et le devenir à l'issue de

l'hospitalisation. Cependant, à la lecture des dossiers, nous avons pu noter que pour ces 5 patients, les antécédents – excepté l'antécédent de tentative de suicide par ingestion de caustique – n'ont pas varié. Le profil socio-démographique était également similaire, excepté l'âge, à une ou deux années près. Les typologies de la crise sont également les mêmes pour 3 patients. Concernant le produit utilisé, 3 patients ont changé de produits. Les données socio-démographiques, les antécédents médicaux psychiatriques et non-psychiatriques sont donc globalement constants, et les caractéristiques du geste suicidaire sont celles qui varient le plus. Nous avons donc décidé d'exclure les séjours de récurrence, pour éviter une sur-représentation de certains critères socio-démographiques et cliniques des patients, quand bien même on pourra s'attendre à une légère perte des données relatives au geste suicidaire et au devenir.

L'ensemble de ces critères d'inclusion et d'exclusion nous ont donc permis de composer une cohorte constituée de 126 patients et 126 séjours.

3.6 Flow-chart

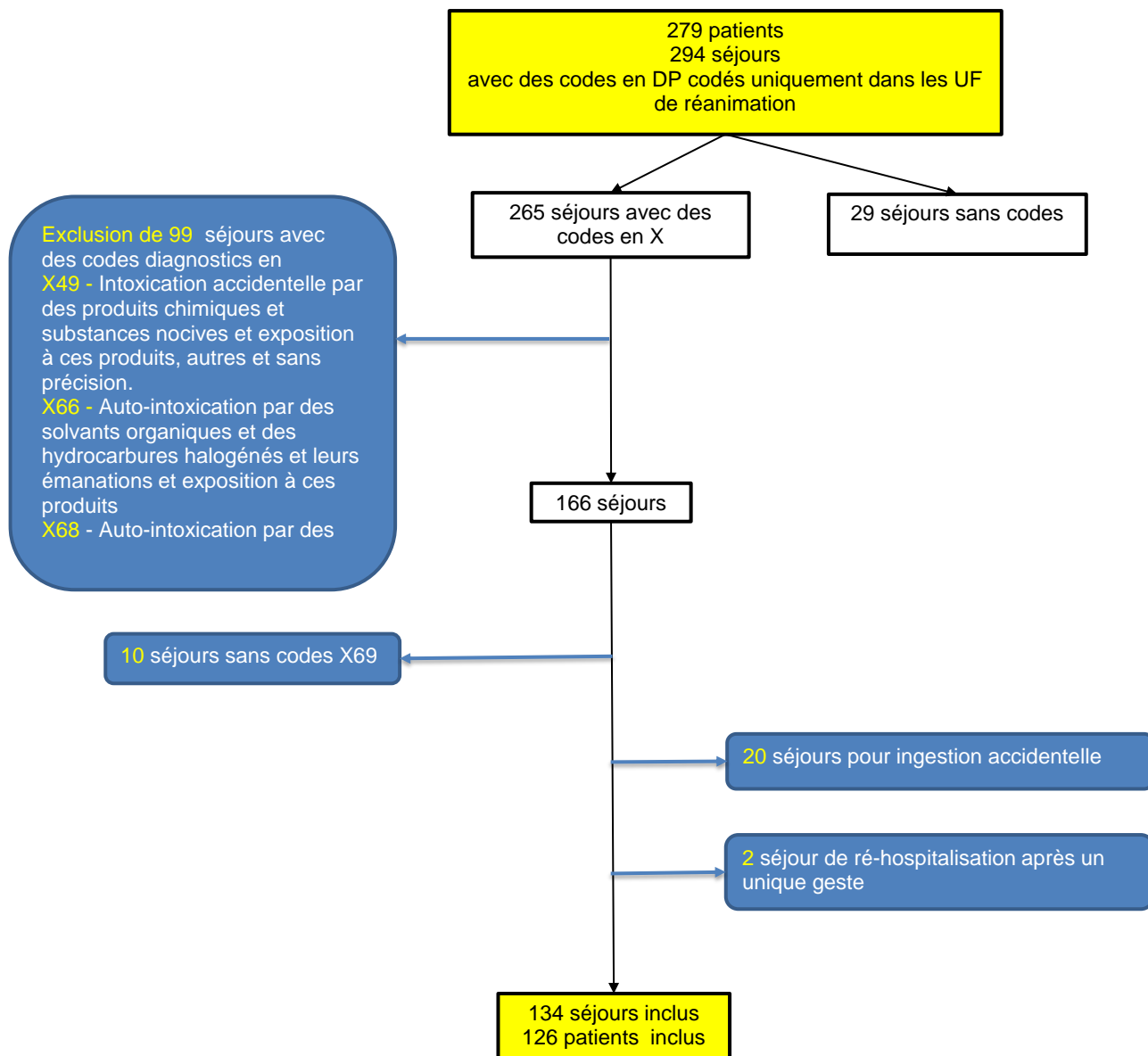


Figure 3 - Flow-chart de l'étude descriptive

3.7 Recueil de données

Nous avons opté pour une collecte des données à partir d'une lecture approfondie des dossiers médicaux plutôt que de nous appuyer sur les codages diagnostiques. Cette décision découle de plusieurs considérations méthodologiques. Premièrement, nous avons observé que la qualité des codages des diagnostics psychiatriques, notamment lorsqu'ils sont réalisés par des médecins de spécialités médicales autres que la psychiatrie, peut varier en fonction de leurs habitudes de codage. Cette variabilité pourrait

potentiellement conduire à des erreurs d'interprétation des observations psychiatriques ou à des omissions.

Deuxièmement, étant donné que la période couverte par notre cohorte s'étend sur dix années, il est possible que les classifications psychiatriques aient évolué. Cette évolution pourrait avoir un impact sur la cohérence et la comparabilité des données sur toute la durée de l'étude.

Troisièmement, certaines variables que nous souhaitons étudier ne disposent pas de codes spécifiques dans le système PMSI, ce qui aurait limité la portée et la précision de notre analyse. En utilisant la lecture directe des dossiers, nous avons pu avoir accès à des informations détaillées permettant une meilleure compréhension des cas étudiés.

Enfin, le recueil ayant été réalisé par une seule personne, cela permet aussi d'assurer une homogénéité dans l'interprétation des données.

3.8 Variables étudiées

- Caractéristiques socio-démographiques :
 - Age
 - Sexe
 - Situation conjugale : célibataire, en couple, divorcé ou veuf
 - Catégorie socio-professionnelle : agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, personnes sans activités professionnelles
 - Mesure active de protection des majeurs (sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle)
 - Absence de domicile fixe
 - Patient vivant seul à domicile

- Antécédents médicaux psychiatriques personnels et familiaux :
 - Présence d'un antécédent psychiatrique, incluant tout antécédent de prise en charge médicale ambulatoire ou hospitalière, ou antécédent de tentative de suicide
 - Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie
 - Antécédent de tentative de suicide, si oui, antécédent de tentative de suicide par ingestion de caustique
 - Diagnostic d'un trouble psychiatrique, si oui : épisode dépressif caractérisé antérieur, épisode dépressif caractérisé actuel, trouble bipolaire (incluant les troubles bipolaires de type I, de type II et les cyclothymies), trouble psychotique, trouble anxieux, trouble de stress aigu ou trouble de stress post-traumatique, trouble de personnalité (borderline, antisocial, narcissique, évitant, obsessionnel-compulsif, dépendant, schizoïde, schizotypique, paranoïaque), trouble du neurodéveloppement, troubles du comportement alimentaire
 - Antécédent familial au premier degré de suicide
- Antécédents médicaux non-psychiatriques :
 - Présence d'une maladie chronique
 - Présence de plusieurs maladies chroniques
 - Traitement en cours d'un cancer
 - Démarche diagnostique en cours pour des troubles cognitifs
 - Diagnostic confirmé de maladie neurodégénérative
 - Déficience intellectuelle
 - Handicap sensoriel
 - Handicap moteur
- Antécédents addictologiques :

- Présence d'un trouble de l'usage de substance, si oui : alcool, cannabis, tabac, opiacés, cocaïne
- Traitement psychotrope en cours, si oui : anxiolytique, antidépresseur, antipsychotique, thymorégulateur, traitement substitutif oral
- Caractéristiques du geste suicidaire :
 - Mois de la tentative de suicide
 - Type d'agent caustique utilisé : acide, basique ou autre produit à préciser
 - Provenance de l'agent caustique : produit présent au domicile ou produit acheté avant la tentative de suicide dans ce but
 - Lieu de la tentative de suicide : domicile, hospitalier, lieu public, ou autre
 - Contact psychiatrique dans les 15 jours précédant le geste
 - Contexte de la tentative de suicide : crise psychopathologique, crise psychosociale ou crise psycho-traumatique
 - Nature de la tentative : simple (un seul moyen utilisé) ou complexe (plusieurs moyens utilisés)
 - En cas de crise psychopathologique, cause de décompensation :
 - Exacerbation d'un trouble de personnalité
 - Épisode dépressif caractérisé (EDC), intensité faible à modérée, hors contexte de trouble bipolaire
 - EDC, intensité sévère, hors trouble bipolaire
 - EDC avec caractéristiques mélancoliques ou psychotiques, hors trouble bipolaire
 - EDC d'intensité faible à modérée, en contexte de trouble bipolaire
 - EDC d'intensité sévère, en contexte de trouble bipolaire
 - EDC avec caractéristiques psychotiques ou mélancoliques, en contexte de trouble bipolaire

- Épisode thymique mixte
 - Épisode maniaque ou hypomaniaque
 - Episode psychotique
 - Décompensation d'un trouble anxieux
 - Autre cause de décompensation psychiatrique
- Caractéristiques du séjour :
- Durée du séjour en réanimation
 - Nécessité d'un traitement chirurgical, si oui préciser le geste effectué
 - Issue de l'hospitalisation : transfert en psychiatrie, transfert vers un autre service de médecine, retour à domicile, décès

Pour préciser le contexte du geste suicidaire, nous avons décidé d'utiliser la typologie des crises suicidaires élaborée par Monique Seguin (35) Cette typologie distingue les crises psychopathologiques, les crises psychosociales et les crises psycho-traumatique.

La crise psychosociale y est définie comme suit : « La crise psychosociale se traduit par la présence d'une détresse provoquée par une situation problématique, interne ou externe, prévisible ou imprévisible, mais dont la nature demeure dans les frontières de la normalité. [...] Elle se produit généralement en l'absence de problème de santé mentale. » (35) La crise psycho-traumatique, quant à elle « est précipitée par un événement subit, catapulté, arbitraire et violent et d'une sévérité sans précédent. Contrairement à la crise psychosociale, cet événement propulse la personne très rapidement dans un état de crise. » (35) Enfin, la crise psychopathologique concerne les personnes atteintes de troubles psychiatriques, en état de décompensation.

3.9 Analyses statistiques

Les données quantitatives ont été analysées à partir de calculs de médiane et interquartiles ou de moyenne. Les données qualitatives seront présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages.

3.10 Résultats

Au total, 126 patients ont été inclus dans l'étude. Les résultats sont résumés dans les tableaux 2, 3 et 4.

3.10.1 Caractéristiques socio-démographiques

Parmi ces patients, 56,3 % sont des femmes et 43,7 % des hommes. L'âge médian au moment de l'ingestion était de 49 ans [36.25 ; 62].

En ce qui concerne la situation conjugale, 43,7 % sont en couple, 34,1 % sont célibataires, 9,5 % divorcés et 9,5 % veufs. Un pourcentage minoritaire, soit 35,5 %, de patient vivaient seuls et 7,2 % étaient sans domicile fixe. Sur le plan professionnel, 1 patient est agriculteur exploitant (0,8 %), 2 patients sont artisan, commerçant ou chef d'entreprise (1,7 %), 2 exercent en tant que cadre ou dans un profession intellectuelle supérieure (1,7 %), 1 a une profession intermédiaire (0,8 %), 15,1 % sont employés, 5 % ouvriers, 28,6 % retraités et 46,2 % sont sans activité professionnelle.

De plus, 10,4 % bénéficiaient d'une mesure de protection des majeurs.

3.10.2 Antécédents psychiatriques

73,8 % des patients présentent au moins un antécédent psychiatrique (n=93).

L'information n'était pas connue pour un seul patient.

Parmi les patients avec antécédent psychiatriques :

- 57,3 % sont actuellement suivi en psychiatrie et 77,8 % ont déjà été hospitalisés en psychiatrie par le passé. Un pourcentage significatif, soit 79,8 %, a un antécédent d'une ou plusieurs tentative(s) de suicide, et 13 % ont déjà réalisé une tentative de suicide par ingestion de produits caustiques avant la période étudiée.
- Concernant les comorbidités psychiatriques, diagnostiquées antérieurement au geste :
 - o 52,7 % des patients ont un épisode dépressif caractérisé actuel, tandis que 60 % ont déjà souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours de leur vie. 6,5 % présentent un diagnostic de dysthymie.
 - o Les troubles bipolaires et apparentés concernent 6,3 % des individus.
 - o Concernant les troubles psychotiques, 5,2 % des patients souffrent de schizophrénie, 3,1 % d'un trouble délirant, et 3,1 % de trouble schizo-affectif.
 - o Les troubles anxieux concernent 9,6 % des patients, dont 4 patients avec un trouble anxieux généralisé.
 - o Les troubles de stress post-traumatique concernent 8,1 % des patients.
 - o Les troubles de la personnalité sont observés chez 24,7 % des patients, ce qui représente 23 patients. Parmi ces 23 patients, 16 ont un trouble de personnalité borderline, 3 patients un trouble de personnalité antisociale, un patient un trouble de personnalité histrionique, 1 patient un trouble de personnalité évitant. Les autres troubles de personnalité ne sont pas représentés.
 - o Aucun diagnostic de trouble du neurodéveloppement n'a été retrouvé.
 - o On retrouve un trouble à symptomatologie somatique pour 2 patients, et un trouble du comportement alimentaire chez 5 patients.

3.10.3 Antécédents addictologiques

En ce qui concerne les antécédents addictologiques 39,7 % des patients présentent un trouble de l'usage de substance (n=50), parmi lesquels 30 patients avec un trouble de l'usage de l'alcool, 14 de cannabis, 34 de tabac, 4 d'opiacés et 8 de cocaïne.

3.10.4 Antécédents familiaux

Les antécédents familiaux de tentatives de suicide n'étaient pas renseignés dans 92,9 % des dossiers. 4,8 % des patients ont un antécédent familial de suicide au premier degré documenté.

3.10.5 Antécédents médicaux non psychiatriques

En ce qui concerne les antécédents médicaux non psychiatriques, 24,6 % des patients présentent une maladie chronique, tandis que 25,4 % ont plusieurs maladies chroniques. 1,6 % des patients sont en cours de traitement pour un cancer. 11,1 % des patients présentent des troubles cognitifs débutants ou en cours de diagnostic, et 1,6 % avaient un diagnostic de maladie neurodégénérative.

De plus, 4,8 % des patients avaient une déficience intellectuelle, 8,7 % des patients un handicap sensoriel et 4 % un handicap moteur.

3.10.6 Traitements en cours avant le geste

Avant le geste, 62,7 % des patients (n=79) étaient sous traitement psychotrope, dont 70 patients sous traitement anxiolytique, 50 sous antidépresseurs, 31 sous antipsychotiques, 10 sous thymorégulateurs et 6 sous traitement substitutif oral.

3.10.7 Données concernant le geste suicidaire

En ce qui concerne la saisonnalité de la tentative de suicide, un pic a été observé en juin (13,5 % des passages à l'acte). Viennent ensuite les mois de février, mars, juillet et décembre, qui regroupent chacun respectivement 9,5 % des passages à l'acte. Suivi des mois de septembre et octobre, avec chacun 8,7 % des passages à l'acte, puis le mois de mai (7,9 %), novembre (7,1 %), août (6,3 %), et enfin janvier (4,8 %) et avril (4,8 %).

Les agents caustiques les plus utilisés étaient les produits basiques (39,7 %), suivi des autres agents caustiques (33,3 %), et des acides (27 %). La majorité des acides étaient de l'acide chlorhydrique, et les bases de la soude caustique ou de l'ammoniaque. Les autres produits caustiques étaient essentiellement des produits ménagers à base d'eau de Javel.

7,5% des agents caustiques étaient déjà présents au domicile du patient, mais l'information de la provenance de l'agent caustique n'était pas connue dans 92,5% des cas. Deux tentatives de suicide ont eu lieu à l'hôpital, 53 à domicile, et 7 dans un lieu public. L'information n'était pas connue pour 62 patients.

72,2 % étaient des tentatives simples, tandis que 27 % étaient complexes, impliquant plusieurs moyens, principalement des produits pharmaceutiques. 22 patients ont consommé de l'alcool de façon concomitante au geste.

De plus, 28 patients avaient eu un contact psychiatrique dans les 15 jours précédant le geste, et 40 un contact médical dans les 6 semaines précédant le geste. Cette information n'était pas retrouvée dans de nombreux dossiers.

51 gestes ont été effectués dans un contexte de crise psychosociale, 70 dans le cadre

d'une décompensation d'un trouble psychiatrique, et 2 dans un contexte psycho-traumatique aigu, la cause n'était pas connue pour 3 patients.

Parmi les causes de décompensation psychopathologique, on retrouve :

- 0 % EDC d'intensité faible à modérée, lors d'un trouble bipolaire.
- 4 patients EDC d'intensité sévère, lors d'un trouble bipolaire.
- 1 EDC avec caractéristiques psychotiques ou mélancoliques, lors d'un trouble bipolaire.
- 4 dans un contexte d'EDC, d'intensité faible à modérée, hors contexte de trouble bipolaire.
- 22 un EDC, d'intensité sévère hors trouble bipolaire.
- 7 EDC avec caractéristique mélancoliques ou psychotiques, hors trouble bipolaire.
- 3 décompensations d'un trouble anxieux.
- 11 décompensations psychotiques.
- 0 d'épisodes maniaque ou hypomaniaque.
- 0 d'épisode thymique mixte.
- 15 patients avec un trouble de personnalité exacerbé.
- 5 autres types de décompensation.

3.10.8 Devenir des patients

La durée moyenne du séjour en réanimation est de 41,13 jours (SD82,70). 19 % des patients ont nécessité un traitement chirurgical. 5,6 % des patients sont décédés au cours de l'hospitalisation, 46 % sont rentrés à domicile, 35,5 % ont été transférés en psychiatrie à la sortie, et 12,9 % ont été transférés vers un autre service de médecine.

Parmi les patients ayant bénéficié d'une chirurgie en urgence : 1 patient a subi une œsophagectomie associée à une gastrectomie totale, 7 ont eu une gastrectomie partielle,

11 une gastrectomie complète, 5 une gastrectomie complète associée à la résection d'autres organes (œsophage, rate, vésicule biliaire, pancréas).

3.10.9 Tableaux des principaux résultats

Variable	Effectif (%)
Caractéristiques socio-démographiques	
Femmes	71 (56,3)
Hommes	55 (43,7)
Âge, médian (interquartile), en année	49 (36,25, 62)
En couple	55 (43,7)
Célibataires	43 (34,1)
Divorcés	12 (9,5)
Veufs	12 (9,5)
Vivent seuls	44 (35,5)
Sans domicile fixe	9 (7,2)
Agriculteur exploitant	1 (0,8)
Artisans, commerçants, chef d'entreprise	2 (1,7)
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	2 (1,7)
Profession intermédiaire	1 (0,8)
Employés	18 (15,1)
Ouvriers	6 (5)
Retraités	34 (28,6)
Sans activité professionnelle	55 (46,2)
Mesure de protection des majeurs	13 (10,4)

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques de la cohorte

Antécédents psychiatriques	
Présence d'un antécédent psychiatrique	93 (73,8)
Suivi actuellement en psychiatrie	55 (57,3)
Hospitalisés en psychiatrie par le passé	70 (77,8)
Antécédent de tentative(s) de suicide	75 (79,8)
Antécédent de tentative de suicide par ingestion de caustique	12 (13)
Épisode dépressif caractérisé actuel	49 (52,7)
Épisode dépressif caractérisé au cours de leur vie	54 (60)
Dysthymie	6 (6,5)
Troubles bipolaires et apparentés	6 (6,3)
Schizophrénie	5 (5,2)
Troubles délirant	3 (3,1)
Trouble schizo-affectif	3 (3,1)
Troubles anxieux	9 (9,6)
Troubles de stress post-traumatique	8 (8,4)
Troubles de la personnalité	23 (24,7)
Trouble de personnalité borderline	16 (69,5)
Trouble de personnalité antisociale	3 (13)
Trouble de personnalité histrionique	1 (4,4)
Trouble de personnalité évitant	1 (4,4)
Non précisé	2 (8,7)
Trouble du neurodéveloppement	0
Trouble à symptomatologie somatique	2 (1,6)
Trouble du comportement alimentaire	4 (4,2)
Antécédent familial de tentative de suicide	6 (4,8)
Antécédents addictologiques	
Présence d'un trouble de l'usage de substances	50 (39,7)
Trouble de l'usage de l'alcool	30 (23,8)
Trouble de l'usage du cannabis	14 (11,1)
Trouble de l'usage du tabac	34 (27)
Trouble de l'usage d'opiacés	4 (3,2)
Trouble de l'usage de cocaïne	8 (6,3)
Antécédents médicaux non psychiatriques	
Une maladie chronique	31 (24,6)
Plusieurs maladies chroniques	32 (25,4)
Traitement en cours pour un cancer	2 (1,6)
Troubles cognitifs débutants ou en cours de diagnostic	14 (11,1)
Maladie neurodégénérative	2 (1,6)
Déficiência intellectuelle	6 (4,8)
Handicap sensoriel	11 (8,7)
Handicap moteur	5 (4)
Traitements en cours avant le geste	
Traitement psychotrope	79 (62,7)
Anxiolytique	70 (55,5)
Antidépresseur	50 (39,6)
Neuroleptique	31 (24,6)
Thymorégulateur	10 (7,9)
Traitement substitutif oral	6 (4,8)

Tableau 3 : Antécédents psychiatriques personnels et familiaux de la cohorte

Données concernant le geste suicidaire

Mois du geste suicidaire	
Janvier	6 (4,8)
Février	12 (9,5)
Mars	12 (9,5)
Avril	6 (4,8)
Mai	10 (7,9)
Juin	17 (13,5)
Juillet	12 (9,5)
Août	8 (6,3)
Septembre	11 (8,7)
Octobre	11 (8,7)
Novembre	9 (7,1)
Décembre	12 (9,5)
Produit utilisé	
Basique	50 (39,7)
Autre produit	42 (33,3)
Acide	34 (27)
Lieu de la tentative de suicide	
Intra-hospitalier	2 (1,6)
Domicile	53 (42,1)
Lieu public	7 (5,6)
Autre lieu	2 (1,6)
Contact médical dans les 6 semaines précédant le geste	40 (31,7)
Contact médical psychiatrique dans les 15 jours précédant le geste	28 (22,2)
Modalités d'achat du produit	
Produit présent à domicile	10 (7,9)
Donnée manquante	116 (92,1)
Tentative de suicide simple	92 (73)
Tentative de suicide complexe	34 (27)
Consommation d'alcool concomitante au geste	22 (17,5)
Etiologie de la crise suicidaire	
Crise psychosociale	51 (40,5)
Crise psychotraumatique	2 (1,6)
Crise psychopathologique	70 (55,6)
EDC léger à modéré, contexte de trouble bipolaire	0
EDC sévère, contexte de trouble bipolaire	4 (5,6)
EDC à caractéristiques psychotique ou mélancoliques, contexte de trouble bipolaire	1 (1,4)
EDC léger à modéré, hors trouble bipolaire	4 (5,6)
EDC sévère, hors trouble bipolaire	22 (30,6)
EDC à caractéristiques psychotiques ou mélancoliques, hors trouble bipolaire	7 (9,7)
Décompensation d'un trouble anxieux	3 (4,2)
Episode psychotique aigu	11 (15,3)
Episode maniaque ou hypomaniaque	0
Episode thymique mixte	0
Exacerbation d'un trouble de personnalité	15 (20,8)
Autres causes de décompensation psychiatrique	5 (6,9)
Issue de l'hospitalisation	
Durée de séjour, moyenne, en jours	41,13
Traitement chirurgical	24 (19)
Décès	7 (5,6)
Retour à domicile	57 (46)
Transfert en psychiatrie	44 (35,5)
Transfert dans un autre service de médecine	16 (12,9)

Tableau 4 : Données caractérisant les gestes suicidaires de la cohorte

3.11 Discussion

3.11.1 Principaux résultats

Plusieurs caractéristiques cliniques et démographiques importantes ont pu être mises en évidence au sein de notre cohorte de patients suicidants par ingestion de caustique.

3.11.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

Sur le plan socio-démographique, la médiane d'âge observée de 49 ans est élevée, ce qui concorde avec les données de notre revue de littérature. De plus, une légère prédominance de femmes a été observée dans notre cohorte (56,3 %).

Ces observations semblent corroborer les conclusions de l'étude milanaise de *Gravagnuolo et al (2)*, et suggère une distinction entre les conduites suicidaires par ingestion de caustique et les conduites suicidaires violentes et non-violentes, sur des critères d'âge et de sexe. Les suicidants par ingestion de caustique semblent constituer une population dans laquelle le ratio homme/femme est plus équilibré que chez les suicidants par autres méthodes. L'âge semble plus élevé que chez les suicidants par méthodes non-violentes.

Sur le plan socio-professionnel, la majorité des patients est sans activité professionnelle (46,2 %) ou retraités (28,6 %) ce qui peut refléter un certain niveau de vulnérabilité socio-économique et constituent des facteurs de risque connus de conduites suicidaires (1). Un pourcentage non négligeable de patients (10,4 %) était sous mesure de protection, suggérant également un certain niveau de vulnérabilité, mais aussi de dépendance à autrui dans certains actes de la vie quotidienne.

3.11.1.2 Antécédents médicaux psychiatriques et traitements psychotropes

Sur le plan des antécédents médicaux psychiatriques, la part d'antécédents psychiatriques parmi les patients ingérant des caustiques est largement prédominante (73,8 %), parmi

lesquels on retrouve une fréquence élevée d'hospitalisations antérieures (77,8%) et d'antécédent de tentatives de suicide (79,8 %). De plus, 13 % des patients avec antécédent psychiatrique avaient déjà réalisé une tentative de suicide par ingestion de caustiques avant la période d'étude, 57,3 % bénéficiaient actuellement d'un suivi en psychiatrie, 22,2 % avaient eu un contact avec un professionnel médical psychiatrique dans les 15 jours précédant leur tentative de suicide, et 31,7 % avaient eu un contact médical toutes spécialités confondues dans les 6 semaines précédant le geste.

Ces données soulignent qu'un grand nombre de patients auraient pu être accessibles à des mesures de prévention lors de ces contacts avec un professionnel médical. D'autant plus qu'un nombre important de données étaient manquantes quant à la date du dernier contact médical, ce qui implique qu'un nombre plus important encore de patients aurait pu bénéficier d'une intervention de prévention dans les semaines précédant le geste. Les 13 % de patients ayant un antécédent de tentative de suicide par ingestion de caustique interpellent quant à la mise en place de mesures de restriction d'accès au moyen à l'issue du premier geste, et, le cas échéant, quant à l'efficacité de ces mesures.

Concernant les antécédents de troubles psychiatriques, les troubles dépressifs sont les plus fréquemment observés, avec 60 % d'antécédent d'épisode dépressif et 6,5% de dysthymies. Les troubles bipolaires étaient relativement rares (6,3 %). Cette proportion relativement faible de troubles bipolaires est surprenante quand on sait qu'il s'agit d'une population particulièrement à risque de suicide. (36) L'une des explications pourrait être un sous-diagnostic des troubles bipolaires chez des patients présentant des troubles à bipolaire à polarité plutôt dépressive.

Un pourcentage notable (24,7 %) de patients présente un trouble de la personnalité, notamment de type borderline dans près de 70 % des cas et de type anti-social dans 13%

des cas. L'impulsivité et la tendance aux comportements auto-agressifs sont des critères associés à ces deux troubles de personnalité, expliquant leur sur-représentation dans notre échantillon.

Enfin, les troubles psychotiques, regroupant les schizophrénies, les troubles délirants et les troubles schizo-affectif, touchent 11,4 % des patients de notre cohorte.

Les troubles anxieux, troubles du comportement alimentaires, troubles du stress post-traumatiques et troubles à symptomatologie somatiques sont très peu représentés. Lorsqu'ils n'étaient pas cités au dossier, ils étaient considérés comme absents, mais nous aurions également pu considérer les données comme étant manquantes. Il est donc difficile de conclure sur leurs prévalences dans notre échantillon.

Le taux de prescription de psychotropes (62,7 %), et leur répartition sont en adéquation avec la prévalence des comorbidités psychiatriques.

3.11.1.3 Antécédents médicaux non psychiatriques

Sur le plan des antécédents médicaux non-psychiatriques, la moitié des patients présente une ou plusieurs maladies chroniques (50 %). Seuls deux patients étaient en cours de traitement pour un cancer. Sur le plan du handicap, 4,8 % des patients souffraient d'une déficience intellectuelle, 8,7 % d'un handicap sensoriel (déficience visuelle ou auditive) et 4 % d'un handicap moteur.

Un des résultats les plus notables de cette étude est également la mise en évidence d'un pourcentage non négligeable de troubles cognitifs débutants ou en cours de diagnostic (11,1 %) et de maladies neurodégénératives (1,6 %).

En 2022, l'équipe anglaise de *Althman et al* (37) a mis en évidence dans un étude cas-témoin, un risque de suicide plus élevé chez certains sous-groupes de patients souffrant de démence :

- Les patients diagnostiqués avant 65 ans
- Les patients souffrant de comorbidités psychiatriques
- Les patients ayant reçu leur diagnostic dans les trois mois précédents

D'autres études récentes ont pu montrer que cette augmentation du risque suicidaire concernait également les patients souffrant de troubles cognitifs légers. (38)

Cette population semble donc plus à risque de suicide, mais est-elle plus à risque d'utiliser les produits caustiques ?

L'étude Milanaise de Gravagnuolo et al (2) recensait de manière détaillée les antécédents médicaux des patients de trois groupes : un groupe de 40 personnes décédés par ingestion volontaire de caustique, un groupe de 460 patients décédés d'une méthode de suicide violente et un groupe de 3962 patients décédés d'un suicide utilisant une méthode non-violente. Sur le plan des maladies neurodégénératives, étaient recherchés uniquement les antécédents de maladie d'Alzheimer, de Huntington et de Parkinson. Les autres maladies neurodégénératives et troubles cognitifs légers n'étaient pas recherchés. Aucun de ces troubles n'était identifié chez les 40 patients décédés par ingestion de caustique. Dans le groupe des 460 patients suicidés par méthode violente, 1 seul patient souffrait de maladie d'Alzheimer. Enfin, parmi les 3962 patients décédés d'une méthode non violente, 0,4 % (15 patients) avaient une maladie d'Alzheimer, 0,1 % (3 patients) une chorée de Huntington, 0,6 % une maladie de Parkinson (24 patients). La comparaison statistique de ces trois groupes ne retrouvait aucune différence significative.

Nos recherches bibliographiques n'ont pas permis d'identifier d'autres études s'intéressant à la prévalence de troubles cognitifs légers et maladies neurodégénératives selon la

méthode de suicide utilisée. Il n'est donc pas possible de conclure à une utilisation plus importante des produits caustiques comme moyen de suicide dans cette population, bien que le pourcentage

Il serait donc pertinent de réaliser de plus amples études pour :

- Observer les tendances de méthode utilisées chez les patients souffrant de troubles cognitifs.
- Comparer les populations utilisant différentes méthodes afin de pouvoir mettre en évidence, si elle existe, une association entre les troubles cognitifs et l'utilisation d'une méthode.

Néanmoins, en gardant à l'esprit que l'accessibilité à un moyen de suicide constitue un des facteurs de choix principal d'une méthode de suicide, ces premiers résultats peuvent nous permettre d'élaborer une première hypothèse sur le profil des patients suicidants par ingestion de caustique. En effet, plusieurs variables semblent pointer une forme de dépendance chez les patients de notre échantillon :

- Les 10,4 % de patients bénéficiant d'une mesure de protection des majeurs.
- Les 12,7 % de patients souffrant de troubles cognitifs légers ou maladies neurodégénératives.
- Les 17,5 % de patients souffrant d'un handicap intellectuel, sensoriel ou moteur.

Ces indicateurs laissent à penser qu'il s'agit de patients ayant moins d'autonomie, que ce soit en termes de déplacement hors du domicile ou de gestion des médicaments pouvant leur être prescrit. Il ne paraît pas impossible qu'en cas de prescription médicamenteuse, la délivrance des traitements soit assurée par un tiers, rendant l'accès à un stock médicamenteux difficile.

Dès lors, l'utilisation des produits caustiques chez ces patients peut être expliquée par un accès plus aisé à ces produits à domicile, ainsi qu'un accès plus difficile aux moyens médicamenteux et aux moyens nécessitant un accès à l'extérieur.

3.11.1.4 Antécédents addictologique

Sur le plan des antécédents addictologiques, 41% des patients avaient un trouble de l'usage de substances, l'alcool étant la substance la plus fréquemment impliquée. 8 patients avaient un trouble de l'usage de cocaïne.

L'activité de psychiatrie de liaison nous amène régulièrement à évaluer des patients consommateurs de crack, nom donné à la forme base de la cocaïne, pour des ingestions d'ammoniaque. En effet, l'ammoniaque est le produit basique utilisé par les consommateurs pour fabriquer le crack. Lors de l'évaluation psychiatrique, ces ingestions d'ammoniaque se révèlent régulièrement être des cas d'ingestions accidentelles, de produit qui avait été déconditionné au préalable.

Nous aurions donc pu imaginer retrouver dans notre cohorte un nombre plus important de patients consommateurs de cocaïne pour ingestion volontaire d'ammoniaque, ces derniers y ayant facilement accès.

Néanmoins, cette hypothèse ne s'est pas vérifiée dans notre échantillon et parmi les 8 consommateurs de cocaïne, seuls 2 ont utilisé l'ammoniaque comme produit caustique.

3.11.1.5 Caractéristiques du geste suicidaire

Concernant les caractéristiques du geste suicidaire, d'autres points ont pu être relevés.

Sur le plan de la saisonnalité, les mois recensant le plus de gestes étaient en premier lieu le mois de juin (17 gestes), puis juillet, décembre, février et mars, avec respectivement 12 gestes. Les mois recensant le moins de gestes suicidaires étaient les mois de janvier et avril, avec 6 gestes. Ces données sont en faveur d'une variation saisonnière des gestes

suicidaires par ingestion de caustique. De plus amples études seraient nécessaires pour en tirer des conclusions.

Sur le plan de l'étiologie de la crise suicidaire, la majorité des tentatives de suicide était réalisé dans un contexte de décompensation psychopathologique (55,6 %), puis dans un contexte de crise psychosociale (40,5 %). Pour 2 patients, le geste a été réalisé au décours d'un évènement traumatique majeur, occasionnant un état de stress aigu.

Les causes de décompensations psychopathologiques se répartissent comme tels :

- Les épisodes dépressifs dans près de 53 % des cas,
- Les exacerbations de trouble de personnalité (20,8 % des cas),
- Les décompensations psychotiques (15,3 %).

Les épisodes dépressifs sont d'intensité sévère dans la majorité des cas et associés à des caractéristiques psychotiques et mélancoliques dans 11,1 % des cas de décompensation.

Une de nos principales hypothèses était que les crises psychosociales allaient être peu représentées, au regard des crises psychopathologiques.

Il est possible que nous ayons été soumis à un biais de sélection lors de l'élaboration de cette hypothèse. En effet, la littérature a montré que les comorbidités psychiatriques donnaient généralement lieu à un taux de morbi-mortalité plus important dans les suites d'une tentative de suicide par ingestion de caustique (33). On peut donc imaginer que ces profils étaient prévalents dans les services de réanimation, services d'intervention des équipes de psychiatrie de liaison. A l'inverse, on peut imaginer que les patients sans comorbidités psychiatriques présentaient des séquelles moins lourdes et pouvaient alors bénéficier d'une surveillance simple dans le service d'accueil du déchocage médical et de toxicologie, où une équipe de psychiatre différente intervient.

Au niveau des modalités du geste, la majorité des ingestions était réalisée à domicile (42,1 %), suggérant que la présence du produit caustique dans l'environnement du patient avant le geste. Cependant, à ce propos, de nombreuses données étant manquantes, tant sur le lieu de réalisation du geste (49,2 % de données manquantes) que des modalités d'achat du produit caustique (92,1 % de données manquantes).

La répartition des produits caustiques utilisés était conforme aux données de la littérature européenne, avec les produits basiques en premier lieu (39,7 %), puis les autres produits (33,3 %), majoritairement les produits à base d'eau de javel, puis les substances acides (27 %).

Enfin, le taux de chirurgie (18 %) est en accord avec les données de la littérature. Néanmoins, comparé aux données de la littérature, le taux de mortalité de 5,6 % est relativement faible, probablement en lien avec le fait que l'étude a été réalisée dans un centre expert. Il avait en effet été démontré dans l'étude de Challine et al (24) que l'orientation vers un centre expert était associée à une réduction de la mortalité. Ces résultats corroborent donc l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire et spécialisée dans les cas d'ingestion de caustique.

Si un retour à domicile à l'issue de l'hospitalisation était possible pour la majorité des patients (46 %), 35,5 % ont été hospitalisés en psychiatrie, ce qui souligne à nouveau la sévérité des troubles psychiatriques chez les suicidants par ingestion de caustique, et 12,9% ont été transféré dans un autre service de médecine.

En conclusion, nos résultats soulignent la complexité du profil des patients suicidants par ingestion de caustique, associant souvent des antécédents psychiatrique, une vulnérabilité socio-économique et un probable niveau d'autonomie réduit dans les activités de la vie quotidienne.

3.11.2 Forces de l'étude

Tout d'abord, notre étude est la première à se focaliser exclusivement sur les tentatives de suicides par ingestion de caustiques, ce qui confère à notre recherche une spécificité et une pertinence dans ce domaine de la suicidologie.

En outre, notre échantillon, composé de 126 patients distincts, est considéré conséquent en comparaison aux études documentées dans la revue de littérature. Dans cette revue, 4 études comportaient des échantillons de taille plus modeste. La taille de notre échantillon a facilité une exploration approfondie des caractéristiques cliniques, démographiques et psychiatriques des patients concernés, en minimisant l'impact des données manquantes.

De plus, notre étude se distingue par la précision des données concernant les antécédents psychiatriques et les modalités de la crise en jeu lors du geste suicidaire. Cela permet une compréhension plus approfondie des causes ayant conduit au geste.

Nous avons également accordé une attention particulière à l'exploration des variables associées à une diminution de l'autonomie chez ces patients. Cela inclut la présence de maladies chroniques, de troubles cognitifs, de handicaps et l'existence de mesures de protection. Une telle approche permet non seulement d'éclairer les déterminants en jeu dans ces tentatives, mais aussi d'identifier des pistes d'intervention et de prévention plus ciblées.

Enfin, la qualité des dossiers médicaux utilisés s'est avérée être satisfaisante, avec peu de données manquantes. A l'exception des deux cas où le patient provenait d'un hôpital psychiatrique, ou était décédé avant de pouvoir être évalué, tous les patients ont bénéficié d'une évaluation par un psychiatre durant leur séjour. Cela contribue à la validité et à la fiabilité de nos résultats.

3.11.3 Limites

Plusieurs limitations sont à prendre en compte dans l'interprétation de nos résultats. Premièrement, la constitution de notre cohorte pourrait avoir été affectée par des biais de

sélection. Une autre thèse d'exercice, publiée en 2023 par une interne d'anesthésie-réanimation, s'est intéressée aux patients hospitalisés en réanimation pour ingestion de caustique, dans le même centre (pôle de réanimation du CHU de Lille), et sur la même période. (39) Leur critère de sélection principal était une requête réalisée dans le logiciel utilisé en réanimation « ICCA », avec pour motif d'entrée « ingestion de caustique », sans critères de codage spécifiques. Cette sélection leur a permis de recruter plus de 800 patients.

La différence entre nos 126 patients et les 800 patients recrutés dans cette thèse pourrait s'expliquer par les cas d'ingestions accidentelles. Cependant, notre revue de littérature a montré que la proportion d'ingestion volontaire parmi les ingestions de caustique se situait entre 61 et 89%. La deuxième hypothèse, semblant la plus probable, réside dans la variabilité du codage des ingestions de caustique. Nos critères stricts d'inclusion de patients nous ont donc exposés à une grande perte de données.

Deuxièmement, plusieurs biais d'information ont pu influencer la collecte des données. Le fait d'avoir émis des hypothèses quant aux critères que nous nous attendions à retrouver a pu orienter les recherches dans ce sens. Les antécédents médicaux non psychiatriques par exemple n'ont pas été détaillés, exceptés pour les troubles cognitifs débutants, les maladies neurodégénératives et la présence d'un handicap sensoriel ou moteur. Une plus grande attention à la présence de ces variables a donc été portée lors de la lecture des dossiers, et d'autres variables pertinentes ont pu être omises. Il n'est pas non plus exclu que les données recueillies soient inexactes ou qu'elles aient été mal interprétées lors de la lecture du dossier. Le caractère rétrospectif des données a également rendu impossible la mise en place d'une standardisation des critères diagnostics.

Pour qu'une variable soit comptée, il fallait donc qu'elle ait été inscrite dans le dossier, qu'elle soit exacte et que la personne collectant les données interprète le dossier correctement.

Troisièmement, la nature purement observationnelle et descriptive de notre étude empêche de conclure à un lien de causalité entre les variables identifiées et les tentatives de suicide par ingestion de caustique.

En conclusion, malgré les contributions importantes de notre étude, ces limitations soulignent la nécessité d'interpréter nos résultats avec mesure, et permettent de mettre en évidence les futures recherches qui seraient d'intérêt sur ce sujet complexe.

3.11.4 Perspectives

D'abord, afin d'améliorer la robustesse et la significativité des résultats, il serait intéressant que les recherches futures privilégient des cohortes prospectives et utilisent des critères standardisés validés de recueil des variables. De plus, il serait judicieux de faire réaliser la collecte de données par des personnes indépendantes à l'étude afin de ne pas être influencées par les hypothèses de recherche. Enfin, des études analytiques, de comparaison avec des patients ayant réalisés des tentatives de suicide par d'autres méthodes, pourraient permettre d'affirmer ou d'infirmer l'association entre certaines variables et les conduites suicidaires par ingestion de caustique.

Ensuite, en ce qui concerne la prévention, la restriction d'accès aux produits caustiques représente un défi majeur pour réduire l'incidence de ce geste suicidaire. Comme souligné en première partie, la mise en œuvre de mesures nationales de restriction des moyens est complexe. Dans le cas des produits caustiques, cela pourrait nécessiter des modifications

de la législation concernant la distribution de ces produits, ce qui se heurterait sans doute à de nombreux conflits d'intérêts.

Toutefois, en pratique clinique, la restriction d'accès aux moyens est réalisable. Nos résultats doivent inciter les cliniciens à considérer régulièrement la nécessité de retirer les produits caustiques du domicile de leurs patients. Cette vigilance doit s'accroître en présence d'un patient qui partage les caractéristiques de notre cohorte : patient âgé, sans emploi ou retraité, sous mesure de protection, quittant peu son domicile, ayant peu de moyens suicidaires à disposition et dont les antécédents médicaux sont marqués par des handicaps et maladies chroniques, notamment neurodégénératives.

Enfin, le profil de troubles psychiatriques sévères, notamment dépressifs, observé parmi les patients souligne l'importance des mesures de sensibilisation et de formation des professionnels de santé de première ligne au diagnostic et à la prise en charge des troubles dépressifs. De plus, le profil de sévérité des troubles psychiatriques recensé, associé aux taux de récurrences non négligeables, mais aussi aux séquelles physiques démontrent l'importance de garantir un suivi spécialisé renforcé à l'issue de l'hospitalisation. Il apparaît également essentiel de vérifier de manière proactive la restriction d'accès aux produits caustiques, potentiellement à plusieurs reprises. En effet, il nous est arrivé en pratique clinique de rencontrer des patients récidivants avec ce moyen, malgré la consigne qui avait été donnée au patient et à l'entourage de retirer ces produits du domicile. Une telle vérification pourrait par exemple être intégrée dans le cadre du programme de maintien de contact avec les personnes suicidantes, Vigilans.

Ces perspectives ouvrent donc la voie à de nouvelles recherches visant à améliorer la prévention des tentatives de suicide par ingestion de caustique et le suivi des patients concernés.

4 CONCLUSION

Les tentatives de suicide par ingestion de caustiques sont des tentatives de suicide rares mais graves, exposant à de lourdes séquelles, souvent irréversibles, voire fatales. Afin d'améliorer les stratégies de prévention existantes et limiter le risque de récurrence, une compréhension approfondie des caractéristiques des individus optant pour cette méthode suicidaire est essentielle. La littérature a montré que cette population se distingue des patients suicidants par d'autres méthodes. Ils présentent un âge plus élevé et un ratio homme/femme plus équilibré. Les taux d'antécédents et de comorbidités psychiatriques sont, comme dans les autres méthodes, élevés. Pour approfondir les connaissances sur ce sujet, nous avons étudié une cohorte de 126 patients, hospitalisés entre 2013 et 2023 au sein du pôle de Médecine Intensive et Réanimation du CHU de Lille suite à une ingestion volontaire de caustiques. Nos résultats corroborent les caractéristiques préalablement identifiées dans la littérature et révèlent l'existence d'autres variables pertinentes. Une proportion notable de patients présente en effet des caractéristiques pouvant être associées à une réduction d'autonomie, telles que des maladies chroniques, des déficiences sensorielles ou motrices, mais aussi des troubles cognitifs. Dans ce contexte, l'autonomie de ces personnes dans la gestion de leur traitement médicamenteux mais aussi dans leur mobilité hors du domicile est compromise. Cette observation suggère alors que le recours à l'ingestion de produit caustique comme méthode de suicide résulte d'une absence de moyen alternatif disponibles, les autres moyens tels que les médicaments, les précipitations ou les pendaisons étant plus difficilement accessibles. Nos recherches ont également montré que les patients utilisant cette méthode ont tendance à récidiver de la même façon. Par conséquent, il est indispensable de réduire l'accès aux produits caustiques, notamment chez les individus manifestant les caractéristiques identifiées. Ce constat ouvre la voie à de futures recherches se

concentrant sur une conception de l'organisation des soins permettant de systématiser la restriction d'accès aux produits caustiques chez les patients les plus à risque.

5 **BIBLIOGRAPHIE**

1. Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014 [cité 19 août 2023]. 89 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
2. Gravagnuolo R, Tambuzzi S, Gentile G, Boracchi M, Crippa F, Madeddu F, et al. Is It Correct to Consider Caustic Ingestion as a Nonviolent Method of Suicide? A Retrospective Analysis and Psychological Considerations. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2023;20(13):6270.
3. Aouba A, Pequignot F, Camelin L, Jouglu E. Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2011;(n°. 47-48):497-500.
4. Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes - 5e rapport [Internet]. Observatoire national du suicide; 2022 sept. Report No.: 5. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ONS5_MAJ25-10.pdf
5. Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. *Dir Rech Études Lévaluation Stat*. mai 2006;(488).
6. Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information, Observatoire national du suicide - 4e rapport [Internet]. Observatoire national du suicide; 2020 juin. Report No.: 4. Disponible sur: https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf
7. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport [Internet]. Observatoire national du suicide; 2016 févr. Report No.: 2. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons2016_mel_220216.pdf
8. INSTRUCTION N° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide [Internet]. Ministère de la santé et de la prévention; 2022 juill. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgs_sp4_2022_171_du_06072022.pdf
9. World Health Organization. Guns, knives, and pesticides : reducing access to lethal means. 2009;18.
10. Yip PSF, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet Lond Engl*. 23 juin 2012;379(9834):2393-9.

11. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [Internet]. Direction générale de la Santé; 2011 sept. Disponible sur:
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf
12. Bilan des plans d'actions. Observatoire national du suicide; 2016 févr. Report No.: 2.
13. HCSP. Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 10 mars 2024]. Disponible sur:
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>
14. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*. 1 janv 2013;34(1):32-41.
15. Suicide : État des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport [Internet]. Observatoire national du suicide; 2014 nov. Report No.: 1. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapportons2014-mel.pdf>
16. Kølves K, McDonough M, Crompton D, de Leo D. Choice of a suicide method: Trends and characteristics. *Psychiatry Res*. 1 févr 2018;260:67-74.
17. Barber CW, Miller MJ. Reducing a Suicidal Person's Access to Lethal Means of Suicide: A Research Agenda. *Am J Prev Med*. 1 sept 2014;47(3, Supplement 2):S264-72.
18. Florentine JB, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Soc Sci Med*. 1 mai 2010;70(10):1626-32.
19. Lee DTS, Chan KPM, Lee S, Yip PSF. Burning Charcoal: A Novel and Contagious Method of Suicide in Asia. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mars 2002;59(3):293-4.
20. Asberg M, Traskman L, Thorén P. 5-HIAA in the Cerebrospinal Fluid: A Biochemical Suicide Predictor? | JAMA Psychiatry | JAMA Network. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1976 [cité 18 févr 2024]; Disponible sur:
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/491608>
21. Sun SH, Jia CX. Completed Suicide with Violent and Non-Violent Methods in Rural Shandong, China: A Psychological Autopsy Study. *PLOS ONE*. 11 août 2014;9(8):e104333.
22. Dumais A, Lesage AD, Lalovic A, Séguin M, Tousignant M, Chawky N, et al. Is Violent Method of Suicide a Behavioral Marker of Lifetime Aggression? *Am J Psychiatry*. juill 2005;162(7):1375-8.
23. Stenbacka M, Jokinen J. Violent and non-violent methods of attempted and completed suicide in Swedish young men: the role of early risk factors. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 [cité 27 mars 2024];15. Disponible sur:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0570-2>

24. Challine A, Maggiori L, Katsahian S, Corté H, Goere D, Lazzati A, et al. Outcomes Associated With Caustic Ingestion Among Adults in a National Prospective Database in France. *JAMA Surg.* 1 févr 2022;157(2):112-9.
25. Chirica M. Prise en charge de l'ingestion de caustique. In: POST'U 2023. p. 81-91. (POST'U - Fédération Nationale Française de Formation Continue en Hépatogastro-Entérologie).
26. Ludwig B, Dwivedi Y. The concept of violent suicide, its underlying trait and neurobiology: A critical perspective. *Eur Neuropsychopharmacol.* 1 févr 2018;28(2):243-51.
27. Giner L, Jaussent I, Olié E, Béziat S, Guillaume S, Baca-Garcia E, et al. Violent and serious suicide attempters: one step closer to suicide? *J Clin Psychiatry.* mars 2014;75(3):e191-197.
28. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ.* 13 juill 2010;341:c3222.
29. Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide | *American Journal of Psychiatry* [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ajp.150.9.1380>
30. Fieux F. Ingestion de produits ménagers (caustiques essentiellement) : évaluation de la gravité et du pronostic. In: *Urgences* 2013.
31. Chen CM, Chung YC, Tsai LH, Tung YC, Lee HM, Lin ML, et al. A Nationwide Population-Based Study of Corrosive Ingestion in Taiwan: Incidence, Gender Differences, and Mortality. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016:7905425.
32. Ogunrombi AB, Mosaku KS, Onakpoya UU. The impact of psychological illness on outcome of corrosive esophageal injury. *Niger J Clin Pract.* 11 mars 2013;16(1):49-53.
33. Chen YJ, Seak CJ, Chen CC, Chen TH, Kang SC, Ng CJ, et al. The Association Between Caustic Ingestion and Psychiatric Comorbidity Based on 396 Adults Within 20 Years. *Risk Manag Healthc Policy.* 2020;13:1815-24.
34. Assalino M, Resche-Rigon M, Corte H, Maggiori L, Zagdanski AM, Goere D, et al. Emergency computed tomography evaluation of caustic ingestion. *Dis Esophagus.* 15 nov 2022;35(11):doac032.
35. Séguin M, Chawky N. Manuel du formateur : L'intervention auprès des personnes en crise suicidaire. Ministère de la Santé, Tunisie; 2015.
36. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina (Mex).* août 2019;55(8):403.

37. Alothman D, Card T, Lewis S, Tyrrell E, Fogarty AW, Marshall CR. Risk of Suicide After Dementia Diagnosis. *JAMA Neurol.* 1 nov 2022;79(11):1148-54.
38. Günak MM, Barnes DE, Yaffe K, Li Y, Byers AL. Risk of Suicide Attempt in Patients With Recent Diagnosis of Mild Cognitive Impairment or Dementia. *JAMA Psychiatry.* 1 juin 2021;78(6):659-66.
39. Waltherthum - Peiffert J. Impact d'une nutrition entérale « précoce » sur l'évolution et le pronostic des patients adultes présentant des lésions caustiques digestives de stade ZARGAR 2A : étude de cohorte rétrospective [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2023 [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-37411>
40. Struck MF, Beilicke A, Hoffmeister A, Gockel I, Gries A, Wrigge H, et al. Acute emergency care and airway management of caustic ingestion in adults: single center observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 11 avr 2016;24:45.
41. Christesen HB. Caustic ingestion in adults--epidemiology and prevention. *J Toxicol Clin Toxicol.* 1994;32(5):557-68.
42. Chang JM, Liu NJ, Pai BCJ, Liu YH, Tsai MH, Lee CS, et al. The Role of Age in Predicting the Outcome of Caustic Ingestion in Adults: A Retrospective Analysis. *BMC Gastroenterol.* 14 juin 2011;11(1):72.

6 ANNEXES

6.1 Annexe 1 : Tableau 1 : Principaux résultats de la revue de littérature

Titre, auteur et année de publication	Lieu, date et population étudiée	Type d'étude et objectifs	Données socio-démographiques de la population	Données cliniques de la population	Données concernant le geste	Devenir à l'issue de l'hospitalisation	Limites
<p>« A Nationwide Population-Based Study of Corrosive Ingestion in Taiwan: Incidence, Gender Differences, and Mortality. »</p> <p>Chen et al (2016) (31)</p>	<p>Base de données de l'assurance maladie de Taiwan, sur la période de 1996 à 2010</p> <p>Critères d'inclusion : Patients admis à l'hôpital avec un diagnostic principal de blessure corrosive (codes CIM-9-MC : 947.0–947.3)</p> <p>Critères d'exclusion : Codes non liés à l'ingestion corrosive (ICD-9-CM : 947.4–947.9)</p> <p>Pas de critères d'âge</p> <p>Au total => 16001 patients</p>	<p>Type d'étude : étude observationnelle, analytique, rétrospective</p> <p>Objectifs : Evaluer l'incidence annuelle globale et par sexe des lésions digestives caustiques</p> <p>Evaluer les facteurs de risque associés à la mortalité intra-hospitalière après une lésion caustique</p>	<p>Incidence de 5 pour 100 000 entre 1999 et 2003, puis de 4 pour 100 000 entre 2008 et 2010.</p> <p>Incidence significativement plus élevée chez les femmes (entre 3,3 et 6 pour 100 000 sur la période d'étude) que chez les hommes (entre 3,3 et 5 pour 100 000 sur la période d'étude)</p> <p>Sur l'échantillon de 16001 patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7,8% âgés de moins de 18 ans - Age moyen de 44,6 ans - 71,2% des patients ont entre 18 et 65 ans - 56,2% de femmes - 98,3% ne font pas parti d'un foyer à bas revenus (critères non connus) 	<ul style="list-style-type: none"> - 38,3% des ingestions étaient volontaires - 23% de la population a un trouble psychiatrique : <ul style="list-style-type: none"> 12,2 un trouble dépressif 1,2% un trouble anxieux 0,3% un trouble anxio-dépressif 9,4% un autre trouble psychiatrique - 11,9% ont une maladie chronique <p>Sur les 6 134 gestes volontaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Significativement plus de femmes que d'hommes <p>Sur les 3687 sujets qui ont un trouble psychiatrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Significativement plus de femmes que d'hommes 		<p>Durée moyenne de séjour : 9,16 jours</p> <p>Mortalité intra-hospitalière : 4,7%</p> <p>Facteurs de risques associés à la mortalité intra-hospitalière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complications systémiques et gastro-intestinales - Néoplasies malignes - Maladies chroniques - Suicide - Age > 65 ans 	<p>Inclusion des enfants et des gestes accidentels</p> <p>Taux de geste suicidaire et de troubles psychiatriques inférieurs aux taux retrouvés habituellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Influence du facteur culturel ? - Sous-déclaration liée au système d'assurance Taïwanais ?

Titre, auteur et année de publication	Lieu, date et population étudiée	Type d'étude et objectifs	Données socio-démographiques de la population	Données cliniques de la population	Données concernant le geste	Devenir à l'issue de l'hospitalisation	Limites
<p>« Acute emergency care and airway management of caustic ingestion in adults: single center observational study »</p> <p>Struck et al (2016) (40)</p>	<p>Analyse des dossiers de l'Hôpital Universitaire de Leipzig, Allemagne, sur la période 2005-2014</p> <p>Critères d'inclusion : Codes CIM10 T27.X et T28.X</p> <p>Critères d'exclusion : Contact oropharyngé sans ingestion Dossier incomplet Age inférieur à 18 ans</p> <p>Au total => 28 patients</p>	<p>Type d'étude : Etude observationnelle, analytique, rétrospective</p> <p>Objectif : Explorer la prise en charge d'urgence des complications respiratoires d'une ingestion de caustique</p>	<p>- Majorité d'hommes (57%)</p> <p>- Age moyen : 44,5 ans</p>	<p>- 64% d'ingestions volontaires, parmi lesquels 50% d'antécédents psychiatriques (6 dépressions, 3 schizophrénies)</p> <p>- 6 patients avaient un trouble de l'usage de l'alcool</p> <p>- 4 TS complexe (caustique et blessure au couteau ou ingestion d'autres toxiques)</p> <p>- 6 patients sur 28 avait un antécédent de TS (dont 1 dans le groupe des ingestions accidentelles)</p> <p>- 4 patients avaient un historique de scarifications</p>	<p>79% de caustiques basiques et 21% de caustiques acides</p>	<p>Durée de séjour moyenne en réanimation de 8,57, durée de séjour moyenne à l'hôpital de 17,35 jours</p> <p>18% ont subi une chirurgie en urgence</p> <p>4 (14%) sorties contre avis médical, 5 (18%) transferts en psychiatrie</p> <p>Mortalité globale de 18%</p> <p>Geste suicidaire significativement associé à des lésions plus sévères et une mortalité plus élevée.</p>	<p>Faible nombre de sujet</p> <p>Inclusion des gestes accidentels,</p> <p>Influence de facteurs culturels</p>

Titre, auteur et année de publication	Lieu, date et population étudiée	Type d'étude et objectifs	Données socio-démographiques de la population	Données cliniques de la population	Données concernant le geste	Devenir à l'issue de l'hospitalisation	Limites
<p>« Caustic ingestion in adults--epidemiology and prevention »</p> <p>Christesen et al (1994) (41)</p>	<p>Base de données des hôpitaux du Conté d'Aarhus au Danemark</p> <p>Critères d'inclusion : - Codes CIM 8 947.1 à 947.9 - Patients âgés de 15 ans et plus</p> <p>Critères d'exclusion : - Patients résidents hors du Conté d'Aarhus</p> <p>Au total => 75 patients</p>	<p>Type d'étude : Etude observationnelle, descriptive, rétrospective</p> <p>Objectifs : - Calcul d'incidence - Description de la population</p>	<p>- Majorité de femmes (57%) - Age médian : 40 ans</p> <p>Incidence d'hospitalisations pour lésion caustique : 1/100 000 habitants</p>	<p>- 61% des gestes sont volontaires, parmi lesquels : 61% de femmes 54% d'antécédents psychiatriques 4% de sujets de plus de 65 ans 6 patients avaient un trouble de l'usage de l'alcool 1 patient avec un trouble de l'usage de drogues (non spécifié)</p>	<p>Parmi les gestes dont le lieu est répertorié (73 patients) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 73% ont lieu à domicile - 15% au travail - 10% en institution - 4% chez d'autres personnes <p>85 produits caustiques différents ont été répertoriés 8 patients ont ingérés plusieurs produits différents 4 patients ont ingéré des sédatifs 33% ont ingéré simultanément de l'alcool</p> <p>55% de produits acides, 45% de bases</p>	<p>Durée moyenne de séjour de 10 jours</p> <p>Taux de létalité de l'ingestion d'acide hydrochlorique de 50% (6 cas sur 12)</p>	

Titre, auteur et année de publication	Lieu, date et population étudiée	Type d'étude et objectifs	Données socio-démographiques de la population	Données cliniques de la population	Données concernant le	Devenir à l'issue de l'hospitalisation	Limites
<p>« Is It Correct to Consider Caustic Ingestion as a Nonviolent Method of Suicide? A Retrospective Analysis and Psychological Considerations »</p> <p>Gravagnuolo et al (2023) (2)</p>	<p>Base de données de l'institut de médecine légale de Milan, Italien sur la période de 1993 à 2021</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients décédés par suicide (ingestion de caustique, d'autres substances, ou suicide violents) - Entre 1993 et 2021 - Ont bénéficié d'une autopsie <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suicide par suffocation ou noyade, considérés comme non violents <p>Au total => 40 patients décédés d'une ingestion volontaire de caustique, 460 suicidés par ingestion d'autres produits, 3962 suicidés par moyen violent</p>	<p>Type d'étude : Etude observationnelle, analytique, rétrospective</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparer les différences en termes de caractéristiques sociodémographiques, cliniques et suicidaires entre les ingestions de caustique et les ingestions d'autres types de caustiques - Comparer les victimes d'ingestion de caustique aux victimes de suicide violent 	<p>Dans le groupe caustique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 90% d'antécédents médicaux, 40% de maladie organique - 82,5% de troubles psychiatriques : - 70% dépression (28 patients), - 2,5% trouble bipolaire (1 patient), - 12,5% trouble psychotique (5 patients), - 5% trouble de l'usage de l'alcool (2 patients) <p>Dans le groupe caustique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7,5% avaient plusieurs troubles psychiatriques (3 patients) - 52,5% étaient sous psychotropes - 37,5% d'idées suicidaires antérieures - 30% avait un antécédent de tentative de suicide <p>Les suicidés par caustiques ont plus de maladies, et sont plus affectés par des troubles psychiatriques comparés aux suicidés par autres substances chimiques.</p> <p>Les suicidés par caustiques sont plus affectés par des troubles psychiatriques que les suicidés par TS violente.</p>	<p>Dans le groupe caustique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 90% d'antécédents médicaux, 40% de maladie organique - 82,5% de troubles psychiatriques : - 70% dépression (28 patients), - 2,5% trouble bipolaire (1 patient), - 12,5% trouble psychotique (5 patients), - 5% trouble de l'usage de l'alcool (2 patients) <p>Dans le groupe caustique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7,5% avaient plusieurs troubles psychiatriques (3 patients) - 52,5% étaient sous psychotropes - 37,5% d'idées suicidaires antérieures - 30% avait un antécédent de tentative de suicide <p>Les suicidés par caustiques ont plus de maladies, et sont plus affectés par des troubles psychiatriques comparés aux suicidés par autres substances chimiques.</p> <p>Les suicidés par caustiques sont plus affectés par des troubles psychiatriques que les suicidés par TS violente.</p>	<p>Dans le groupe caustique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 95% des suicides étaient simples - 80% des caustiques ingérés étaient des acides forts, 10% des bases fortes, 2,5% un agent oxydant et 2,5% un mix d'agents <p>Causes du décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 22,5% circulatoire, 27,5% intoxication, 50% lésion organique - 65% des suicides à la maison - 20% à l'hôpital - 12,8% dehors (dans la rue, lieu public ou parc) <p>Les suicidés par caustiques réalisent plus de TS complexes et meurt plus souvent à domicile, que les suicidés par TS violente.</p>	<p>Ne concerne que les suicides aboutis</p> <p>Faible nombre de sujet</p> <p>Dans l'analyse en régression logistique, l'âge était la seule variable distinguant les suicidés par caustique des suicidés par autres moyens chimiques. Le nombre de maladie, le sexe et l'endroit du suicide étaient les variables distinguant les caustiques des suicides violents.</p>	

Titre, auteur et année de publication	Lieu, date et population étudiée	Type d'étude et objectifs	Données socio-démographiques de la population	Données cliniques de la population	Données concernant le geste	Devenir à l'issue de l'hospitalisation	Limites
<p>« Emergency computed tomography evaluation of caustic ingestion »</p> <p>Assalino et al (2022) (34)</p>	<p>Base de données de l'Hôpital Saint Louis à Paris</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients âgés de 16 ans et plus - prise en charge en urgence pour une ingestion de caustique (Méthode de sélection non précisée) <p>Au total => 414 patients</p>	<p>Type d'étude : Etude observationnelle, descriptive et analytique, prospective</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le devenir des ingestions de caustique à « l'ère moderne » - Evaluer la faisabilité de l'abandon de l'évaluation initiale par endoscopie (comparaison d'un groupe endoscopie vs TDM) 	<p>Sur les 414 patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 47% d'hommes - Age médian : 42 ans [29 ;55] 	<p>Antécédent psychiatrique chez 44% des patients (118 patients une dépression, 63 patients une schizophrénie)</p> <p>Geste intentionnel dans 80% des cas parmi lesquels 12% avait un antécédent de TS</p>	<p>Agents utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acides pour 20% - Bases fortes pour 55% - Javel pour 25% 	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie en urgence dans 13% des cas, résection en urgence de 9% des cas - Par la suite : 9% ont eu une reconstruction de l'œsophage 3% une reconstruction du pharynx <p>Période de suivi : médiane de 15,9 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3% de nouvelle TS durant la période de suivi (12 patients) - A la fin de la période de suivi : 8,4% (35 patients) des patients sont décédés : 17 patients d'une complication aigue, 2 lors de la reconstruction, 1 d'un cancer colorectal, 6 de suicide, 3 de détérioration psychiatrique sévère, 5 de cause inconnue <p>Facteurs associés à la survie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingestion intentionnelle - Age du patient - Grade TDM des lésions oesophagiennes 	

Titre, auteur et année de publication	Lieu, date et population étudiée	Type d'étude et objectifs	Données socio-démographiques de la population	Données cliniques de la population	Données concernant le geste	Devenir à l'issue de l'hospitalisation	Limites
<p>« Outcomes Associated With Caustic Ingestion Among Adults in a National Prospective Database in France »</p> <p>Challine et al (2022) (24)</p>	<p>Données extraites du PMSI, base de données nationale de l'assurance maladie</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Janvier 2010 à décembre 2019 - tout patient admis aux urgences pour une ingestion de caustique - Diagnostic principal CIM10 : Code T281 ou T286 <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients de moins de 15 ans - Numéro d'identification invalide <p>Au total => 3544 patients</p>	<p>Type d'étude : Etude observationnelle, analytique, rétrospective</p> <p>Objectif : Etude des facteurs associés à la mortalité et la morbidité intra-hospitalière</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les ingestions de caustique concernent 0,016% des admissions à l'hôpital dans le cadre d'une consultation aux urgences - Age médian 49 ans (34 – 63) - 47,5% de femmes 	<ul style="list-style-type: none"> - 89,2% d'ingestions volontaires (exclusion du code X49 : intoxication accidentelle) - 71,8% d'antécédents psychiatriques (F0 à F7) - Historique de cancer dans 8% des cas 	<p>La nature des caustiques était précisée chez 1185 patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 221 acides - 604 bases - 360 autres agents caustiques 	<ul style="list-style-type: none"> - 10,9% ont eu une résection d'organe en urgences - 33,8% ont présenté des complications durant la prise en charge hospitalière - 8,3% des patients sont décédés <p>Sur l'analyse multivariée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prédicteurs de mortalité : âge élevé, score de morbidité (score de Charlson) élevé, ingestion à visée suicidaire, admission en soins intensifs, chirurgie en urgence, prise en charge dans des centre de faible volume <p>Prédicteurs de morbidité : âge élevé, haut score de comorbidité, admission en soins intensifs, chirurgie de résection en urgence</p>	

Titre, auteur et année de publication	Lieu, date et population étudiée	Type d'étude et objectifs	Données socio-démographiques de la population	Données cliniques de la population	Données concernant le geste	Devenir à l'issue de l'hospitalisation	Limites
<p>« The Association Between Caustic Ingestion and Psychiatric Comorbidity Based on 396 Adults Within 20 Years »</p> <p>Chen et al (2020) (33)</p>	<p>Base de données de l'Hôpital Chang Gung Memorial à Taïwan</p> <p>Critères d'inclusion : - Patients traités entre 1999 et 2018</p> <p>Critères d'exclusion : - dossier médicaux incomplets - Patients de moins de 18 ans</p> <p>Période de suivi jusqu'en septembre 2019</p> <p>Au total => 396 patients avec comorbidités psychiatriques, 377 patients sans comorbidités psychiatriques</p>	<p>Type d'étude : Etude observationnelle, analytique, prospective</p> <p>Objectif : Description des caractéristiques cliniques et du devenir des patients avec comorbidités psychiatriques en comparaison aux patients sans comorbidités.</p>	<p>Dans le groupe avec comorbidités psychiatriques : - 24,7% de plus de 65 ans - 60,1% de femmes - 93,7% des ingestions volontaires</p> <p>Dans le groupe sans comorbidités psychiatriques : - 15,5% avaient plus de 65 ans - 40,6% étaient des femmes</p>	<p>Dans le groupe avec comorbidités psychiatriques : - 93,7% des ingestions étaient volontaires - 14,7% avaient un antécédent de TS - 21,2% avaient un trouble de l'usage de l'alcool - 4,3% un trouble de l'usage de substances - 55,3% de Troubles dépressifs - 22,2% Trouble de stress aigu/trouble de l'adaptation - 12,9% de trouble du spectre schizophrénique - 7,3% de troubles bipolaires - 4,8% de troubles anxieux généralisé</p> <p>Dans le groupe sans comorbidité psychiatrique : 54,8% d'ingestions volontaires 1,6% d'antécédents de TS 14,9% de trouble de l'usage de l'alcool 0,8% trouble de l'usage de toxiques</p>	<p>Dans le groupe avec comorbidités psychiatriques : - 58,6% d'ingestion d'acide - 60,3% de caustiques forts (pH <2 ou >12) - Quantité ingérée de 200 mL en moyenne</p> <p>Dans le groupe sans comorbidités psychiatriques : - 58,1% de substances acides - 59,9% de caustiques forts - Quantité ingérée de 70mL en moyenne</p>	<p>Dans le groupe avec comorbidités psychiatriques : - 74,8% d'admissions à l'hôpital - Durée de séjour moyenne de 10 jours - 6,8% de mortalité intra-hospitalière - 21,7% d'admissions en soins intensifs - 6,9% de chirurgie en urgence</p> <p>Dans le groupe sans comorbidités psychiatriques : - 56,7% d'admission à l'hôpital - Durée de séjour moyenne de 5 jours - Mortalité intra hospitalière de 6,2% - 10,4% d'admission en soins intensifs - 2,9% chirurgie en urgence</p> <p>Comorbidités psychiatriques associées à un grade endoscopique plus sévère, à un taux d'admission, de chirurgies et d'hospitalisation en soins intensifs plus élevé, et à un taux de survie globale à 5 ans plus faible.</p> <p>Parmi les patients avec comorbidités, un âge avancé, un nombre élevé de comorbidités non psychiatriques, un trouble de l'usage de l'alcool et de toxiques, et un « baseline unhealthy status » étaient corrélés à un taux de complication plus élevé et à un moindre rétablissement</p>	

Titre, auteur et année de publication	Lieu, date et population étudiée	Type d'étude et objectifs	Données socio-démographiques de la population	Données cliniques de la population	Données concernant le	Devenir à l'issue de l'hospitalisation	Limites
<p>« The impact of psychological illness on outcome of corrosive esophageal injury »</p> <p>Ogunrombi et al (2013) (32)</p>	<p>Base de données de l'hôpital universitaire Obafemi Awolowo, à Ife Ife au Nigéria</p> <p>Critères d'inclusion : - Patients admis entre 2000 et 2009 pour ingestion de caustiques</p> <p>Au total => 27 patients</p>	<p>Type d'étude : Etude observationnelle, descriptive, rétrospective</p> <p>Objectif : Description des caractéristiques socio-démographiques, cliniques, suicidaires et du devenir des patients</p>	<p>- Age médian 30,7 ans - 55,6% d'hommes - 48,9% mariés - 77,8% éducation post primaire et 22,2% éducation tertiaire - 40% d'étudiants, 29,6% sans emploi, 14,8% salariés dans le privé et 14,8% fonctionnaires</p>	<p>- 3 patients sur 27 n'ont pas décrit une intention suicidaire</p> <p>Parmi les 24 ingestions volontaires : - 37,1% des patients ont déclarés être passé à l'acte en raison de difficultés financières - 22,2% à la suite d'un conflit interpersonnel - 29,6% dans un contexte de trouble psychiatrique.</p> <p>85,2% des patients ont reçu un diagnostic au cours de leur séjour dont : - 55% un diagnostic de dépression - 18,5% un diagnostic de stress aigu - 7,4% un trouble de l'adaptation - 3,7% (1 patient) un diagnostic de trouble psychotique</p>	<p>- Plus de la moitié (55,6%) des patients ont ingérés de la soude, produit très utilisé au Nigéria pour fabriquer du savon - 22,2% ont utilisé de l'acide</p> <p>- 74,1% des patients ont utilisé un produit présent à domicile - 25,9% sont allés en acheter dans le but de l'ingérer</p>	<p>Durée de moyenne de séjour de 3,5 semaines chez les patients avec antécédents psychiatriques contre 6,4 semaines chez les patients sans antécédents</p> <p>Suivi psychiatrique à l'issu du séjour pour 40% des patients</p>	<p>Faible nombre de sujet</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion peu détaillés</p> <p>Différences culturelles</p>

Titre, auteur et année de publication	Lieu, date et population étudiée	Type d'étude et objectifs	Données socio-démographiques de la population	Données cliniques de la population	Données concernant le geste	Devenir à l'issue de l'hospitalisation	Limites
<p>« The Role of Age in Predicting the Outcome of Caustic Ingestion in Adults: A Retrospective Analysis »</p> <p>Chang et al (2011) (42)</p>	<p>Base de données de l'hôpital Mémorial Chang Gung à Taiwan</p> <p>Critères d'inclusion : - Patients hospitalisés pour ingestion de caustique entre Juin 1999 et Juillet 2009 pour ingestion de caustiques, divisés en 2 groupes d'âge : <65 et > ou égal à 65 ans</p> <p>Au total => 387 patients (17,5% de patients de plus de 65 ans, 82,5% de patients de plus de 65 ans)</p>	<p>Type d'étude : Etude observationnelle, analytique, rétrospective</p> <p>Objectif : Comparer le devenir clinique entre le groupe <65 ans et le groupe >65 ans</p>	<p>Cohorte entière : - Age médian : 40 ans - Age moyen 43,25 ans - 48,6% d'hommes</p>	<p>Cohorte entière : - 72,5% de gestes intentionnels - 45,2% de comorbidités psychologiques - 31,6% de comorbidités systémiques</p> <p>La dépression était la comorbidité la plus fréquente.</p> <p>Cohorte <65 ans : - 72,9% des gestes intentionnels - 48,3% de comorbidités psychologiques - 22,7% de comorbidités systémiques</p> <p>Cohorte >65 ans : - 70,6% de gestes intentionnels - 30,9% de comorbidités psychologiques - 73,5% de comorbidités systémiques (significatif) Plus de comorbidités psychiatriques chez les moins de 65 ans</p>	<p>Cohorte entière : - 18,8% complications systémiques, 23,1% complications intestinales - 16,2% de chirurgie - Taux de mortalité en réanimation : 6,2%</p> <p>Cohorte <65 ans : - 14,6% complications systémiques, 22,4% complications gastro intestinales - 16,2% de chirurgie - Taux de mortalité en réanimation 3,7%</p> <p>Cohorte >65 ans : - 38,2% de complications systémiques (significativement plus élevé) - 26,5% de complications gastrointestinales (non significatif) - 16,2% de chirurgie - Taux de mortalité en réanimation 17,6% (significatif)</p> <p>Un geste intentionnel est corrélé à un taux de mortalité plus élevé. Pas de corrélation retrouvée entre la présence de comorbidités psychologique ou systémique et le taux de mortalité.</p>		

Tableau 5 : Principaux résultats de la revue de littérature

AUTEURE : Nom : LEBAS

Prénom : Camille

Date de soutenance : Mardi 16 avril 2024

Titre de la thèse : Tentatives de suicide par ingestion de caustique : Revue de la littérature et épidémiologie descriptive d'une cohorte de patients pris en charge au CHU de Lille entre 2013 et 2023.

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : *Médecine*

DES + FST/option : *Psychiatrie*

Mots-clés : suicide, ingestion, caustique, psychiatrie de liaison

Résumé :

Introduction : La prévention du suicide est un enjeu clé de santé publique. Approfondir les connaissances sur les facteurs influençant le choix d'une méthode de suicide permet d'orienter les stratégies de prévention de manière plus ciblée et efficace. Les conduites suicidaires par ingestion de caustique sont rares, mais exposent à de lourdes séquelles, souvent irréversibles, voire fatales. L'objectif de cette thèse est d'explorer le profil socio-démographique et cliniques des patients suicidants par ingestion de caustique, ainsi que les caractéristiques de ces gestes suicidaires.

Méthode : Revue de la littérature et étude descriptive d'une cohorte de 126 patients, hospitalisés entre 2013 et 2023 au sein du pôle de Médecine Intensive et Réanimation du CHU de Lille suite à une ingestion volontaire de caustiques.

Résultats : La littérature a montré que cette population se distingue des patients suicidants par d'autres méthodes. Ils présentent un âge plus élevé et ratio homme/femme plus équilibré. Le taux d'antécédents et de comorbidités psychiatriques est, comme dans les autres méthodes, élevé. Les résultats de notre étude corroborent les caractéristiques préalablement identifiées dans la littérature et révèlent l'existence d'autres variables pertinentes. Une proportion notable de patients présente en effet des caractéristiques pouvant être associées à une réduction d'autonomie, telles que des maladies chroniques, des déficiences sensorielles ou motrices, mais aussi des troubles cognitifs.

Discussion : Nos résultats suggèrent que le recours à l'ingestion de produit caustique comme méthode de suicide résulte d'une absence d'autres méthodes de suicide disponibles et d'une facilité d'accès à ce moyen.

Conclusion : Il est indispensable de réduire l'accès aux produits caustiques, plus particulièrement chez les individus manifestant les caractéristiques identifiées. Ce constat ouvre la voie à de futures recherches s'intéressant à la conception d'une organisation des soins psychiatriques permettant de systématiser la restriction d'accès aux produits caustiques chez les patients les plus à risque.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Mathilde HORN

Assesseurs : Madame le Docteur Alice DEMESMAEKER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benjamin DELVAL