



Prise en charge des intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) Bilan aux urgences et durée de surveillance et moment de l'évaluation psychiatrique

Xavier Finance • Verdun
Philippe Meyer • Strasbourg



Introduction (1/2)

Les IMV constituent un **motif fréquent d'admission** aux urgences.

Elles associent une problématique **toxique aiguë** et une dimension **psychiatrique majeure**.

Enjeux :

- **Ne pas sous-estimer** un risque vital (cardiotoxicité, toxiques lésionnels...)
- **Eviter les bilans systématiques inutiles**

Viglino 2018 ; RFE SRLF-SFMU 2020 ; SFMU 2021



Introduction (2/2) : objectifs

Clarifier quel bilan est réellement indispensable aux urgences devant une IMV

Définir une **durée de surveillance adaptée** :

- selon le type de toxique (fonctionnel vs lésionnel)
- selon la clinique et les toxicodromes
- selon l'ECG
- avec un focus sur la **femme en âge de procréer**

RFE SRLF-SFMU 2020; CE-MIR 2019 ; Toxicology Investigators Consortium 2015.



Epidémiologie

Incidence : 1 à 5 % dans les SMU

717 690 hospitalisations pour IMV en France entre 2013 et 2022 (77,3 % des TS)

Mortalité faible : < 1 %

Mortalité par cardiotropes entre 5 et 25 %

5 % des patients sans détresse vitale initiale présentent secondairement une complication mettant en jeu le pronostic vital

La majorité des intoxications se font par psychotropes

50 % des intoxications sont polymédicamenteuses

L'ingestion d'alcool est présente dans 40 à 50 % des IMV

Viglino D., Médecine thérapeutique. 2018 ; Habbout-Ferrand
2025



Epidémiologie

Incidence : 1 à 5 % dans les SMU

717 690 hospitalisations pour IMV en France entre 2013 et 2022 (77,3 % des TS)

Mortalité faible : < 1 %

Mortalité par cardiotropes entre 5 et 25 %

5 % des patients sans détresse vitale initiale présentent secondairement une complication mettant en jeu le pronostic vital

La majorité des intoxications se font par psychotropes

50 % des intoxications sont polymédicamenteuses

L'ingestion d'alcool est présente dans 40 à 50 % des IMV

Viglino D., Médecine thérapeutique. 2018 ; Habbout-Ferrand
2025



Epidémiologie

Incidence : 1 à 5 % dans les SMU

717 690 hospitalisations pour IMV en France entre 2013 et 2022 (77,3 % des TS)

Mortalité faible : < 1 %

Mortalité par cardiotropes entre 5 et 25 %

5 % des patients sans détresse vitale initiale présentent secondairement une complication mettant en jeu le pronostic vital

La majorité des intoxications se font par psychotropes

50 % des intoxications sont polymédicamenteuses

L'ingestion d'alcool est présente dans 40 à 50 % des IMV

Viglino D., Médecine thérapeutique. 2018 ; Habbout-Ferrand
2025



Epidémiologie

Incidence : 1 à 5 % dans les SMU

717 690 hospitalisations pour IMV en France entre 2013 et 2022 (77,3 % des TS)

Mortalité faible : < 1 %

Mortalité par cardiotropes entre 5 et 25 %

5 % des patients sans détresse vitale initiale présentent secondairement une complication mettant en jeu le pronostic vital

La majorité des intoxications se font par psychotropes

50 % des intoxications sont polymédicamenteuses

L'ingestion d'alcool est présente dans 40 à 50 % des IMV

Viglino D., Médecine thérapeutique. 2018 ; Habbout-Ferrand
2025



Epidémiologie

Incidence : 1 à 5 % dans les SMU

717 690 hospitalisations pour IMV en France entre 2013 et 2022 (77,3 % des TS)

Mortalité faible : < 1 %

Mortalité par cardiotropes entre 5 et 25 %

5 % des patients sans détresse vitale initiale présentent secondairement une complication mettant en jeu le pronostic vital

La majorité des intoxications se font par psychotropes

50 % des intoxications sont polymédicamenteuses

L'ingestion d'alcool est présente dans 40 à 50 % des IMV

Viglino D., Médecine thérapeutique. 2018 ; Habbout-Ferrand
2025



Epidémiologie

Incidence : 1 à 5 % dans les SMU

717 690 hospitalisations pour IMV en France entre 2013 et 2022 (77,3 % des TS)

Mortalité faible : < 1 %

Mortalité par cardiotropes entre 5 et 25 %

5 % des patients sans détresse vitale initiale présentent secondairement une détresse vitale et un pronostic vital

La majorité des intoxications se font par psychotropes

50 % des intoxications sont polymédicamenteuses

L'ingestion d'alcool est présente dans 40 à 50 % des IMV

Facteurs de risques de dégradation secondaire

Ingestion d'un cardiotrope

Ingestion d'un antipsychotique

Délai depuis l'ingestion inférieure à 2 h

Ingestion d'un médicament en dose toxique DSIT ↑

Troubles de la conscience (score de Glasgow < 15)

Viglino D., Médecine thérapeutique. 2018 ; Habbout-Ferrand 2025



Ep

Incidence : 1 à 5 % dans les SMU

717 690 hospitalisations pour IMV en France entre 2013 et 2022

Mortalité faible : < 1 %

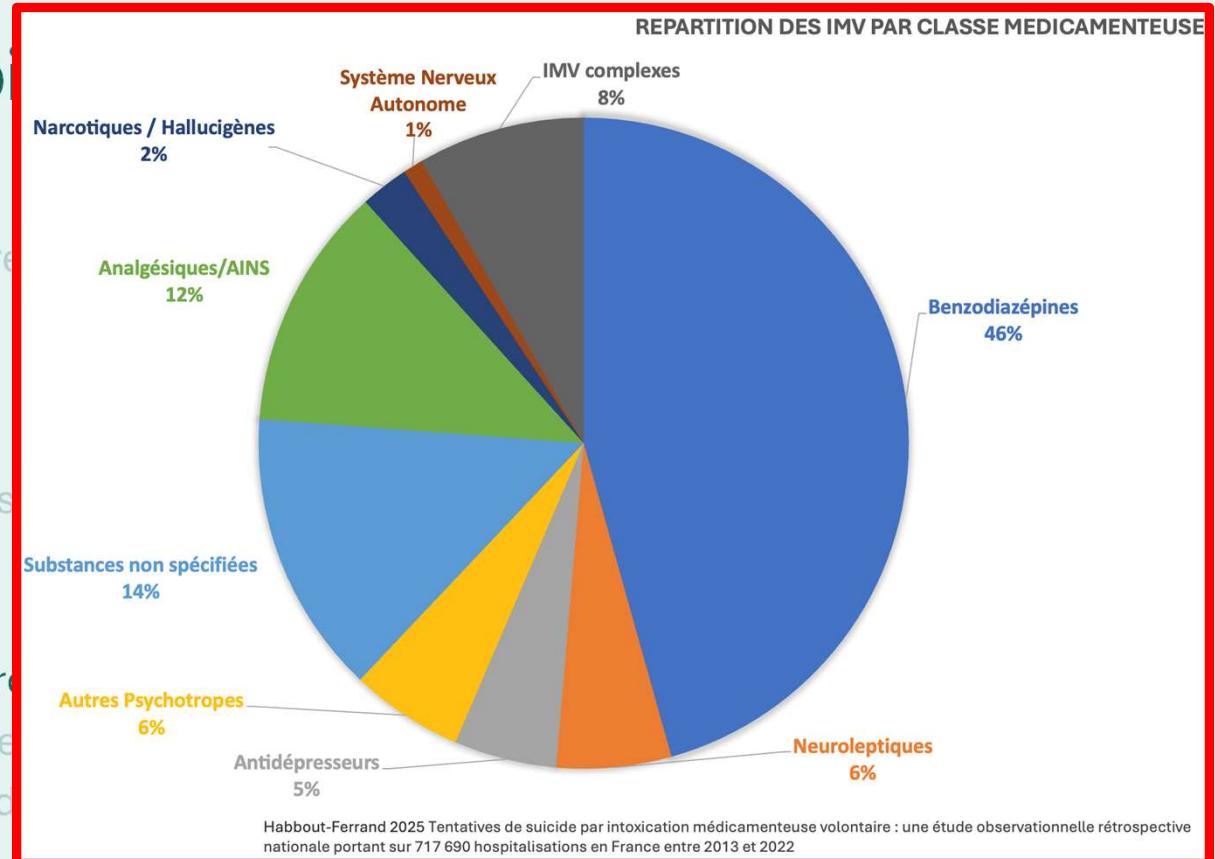
Mortalité par cardiotropes entre 5 et 25 %

5 % des patients sans détresse vitale initiale présente un pronostic vital

La majorité des intoxications se font par psychotropes

50 % des intoxications sont polymédicamenteuses

L'ingestion d'alcool est présente dans 40 à 50 % des cas



Viglino D., Médecine thérapeutique. 2018 ; Habbout-Ferrand 2025



Epidémiologie

Incidence : 1 à 5 % dans les SMU

717 690 hospitalisations pour IMV en France entre 2013 et 2022 (77,3 % des TS)

Mortalité faible : < 1 %

Mortalité par cardiotropes entre 5 et 25 %

5 % des patients sans détresse vitale initiale présentent secondairement une complication mettant en jeu le pronostic vital

La majorité des intoxications se font par psychotropes

50 % des intoxications sont polymédicamenteuses

L'ingestion d'alcool est présente dans 40 à 50 % des IMV

Viglino D., Médecine thérapeutique. 2018 ; Habbout-Ferrand
2025



Epidémiologie

Incidence : 1 à 5 % dans les SMU

717 690 hospitalisations pour IMV en France entre 2013 et 2022 (77,3 % des TS)

Mortalité faible : < 1 %

Mortalité par cardiotropes entre 5 et 25 %

5 % des patients sans détresse vitale initiale présentent secondairement une complication mettant en jeu le pronostic vital

La majorité des intoxications se font par psychotropes

50 % des intoxications sont polymédicamenteuses

L'ingestion d'alcool est présente dans 40 à 50 % des IMV

Viglino D., Médecine thérapeutique. 2018 ; Habbout-Ferrand 2025



Types de toxiques

Toxiques fonctionnels

vs Toxiques lésionnels

- Absence ou peu de lésions d'organes directes
- Toxicité : effets dose-dépendants
- Effet réversible après élimination complète de la substance
- Gravité est immédiate = sévérité de l'effet (troubles de la vigilance, troubles de conduction cardiaque...) et ses complications (coma, détresse respiratoire, choc cardiogénique, arrêt cardiaque)
- Ex : BZD

- Lésions directes d'un ou plusieurs organes
- Souvent irréversible
- Persistent ou s'aggravent après l'arrêt de l'exposition
- **Lésions d'organes retardées**, souvent asymptomatiques au début
- Ex. : paracétamol (foie), lithium (rein), allopurinol (peau), Valproate de sodium (foie)...
- Nécessitent des **bilans répétés** et une **surveillance prolongée**

CE-MIR 2019 ; SRLF 2015 & 2020.



Triage initial : priorité à la clinique

- **Approche ABCDE :**
 - **A – Airway** : liberté des voies aériennes, réflexes de protection.
 - **B – Breathing** : FR, SpO₂, signes de détresse respiratoire.
 - **C – Circulation** : PA, FC, perfusion périphérique, signes de choc.
 - **D – Disability** : GCS, pupilles, convulsions, agitation.
 - **E – Exposure** : température, recherche de signes de traumatisme, injection, etc.
- **Éliminer les diagnostics différentiels immédiats :**
 - > Hypoglycémie, AVC, infection, traumatisme crânien...

RFE SRLF-SFMU 2020 ; SFMU 2021.



Examen clinique initial & signes de gravité devant une IMV

Conscience : GCS, coma (GCS < 14 = signe de gravité), agitation extrême ou confusion sévère

Ventilation : fréquence respiratoire <10 ou > 30/min., apnée = signe de gravité, encombrement massif

Circulation : hypotension artérielle, choc, marbrures, extrémités froides, tachycardie sévère, bradycardie profonde

Température : hyperthermie ($> 39^{\circ}\text{C}$) ou hypothermie profonde

Signes neuromusculaires : convulsions, rigidité, myoclonies

Signe de détresse : hypoxie malgré O_2 , hypoglycémie, acidose métabolique

Mégarbane, Réanimation 2015; RFE SRLF-SFMU 2020; Holstege et al., "Clinical Management of Poisoned Patients – Toxidromes" 2017; Hoffmann & Nillas, "Toxidromes and a general approach to poisoning" 2024, Perrier--Carlat, J. 2022



Examen clinique initial & signes de gravité devant une IMV

Conscience : GCS, coma (GCS < 14 = signe de gravité), agitation extrême ou confusion sévère

Ventilation : fréquence respiratoire <10 ou > 30/min., apnée = signe de gravité, encombrement massif

Circulation : hypotension artérielle, choc, marbrures, extrémités froides, tachycardie sévère, bradycardie profonde

Température : hyperthermie (> 39 °C) ou hypothermie profonde

Signes neuromusculaires : convulsions, rigidité, myoclonies

Signe de détresse : hypoxie malgré O₂, hypoglycémie, acidose métabolique

Mégarbane, Réanimation 2015; RFE SRLF-SFMU 2020; Holstege et al., "Clinical Management of Poisoned Patients – Toxidromes" 2017; Hoffmann & Nillas, "Toxidromes and a general approach to poisoning" 2024, Perrier--Carlat, J. 2022



Examen clinique initial & signes de gravité devant une IMV

Conscience : GCS, coma (GCS < 14 = signe de gravité), agitation extrême ou confusion sévère

Ventilation : fréquence respiratoire <10 ou > 30/min., apnée = signe de gravité, encombrement massif

Circulation : hypotension artérielle, choc, marbrures, extrémités froides, tachycardie sévère, bradycardie profonde

Température : hyperthermie (> 39 °C) ou hypothermie profonde

Signes neuromusculaires : convulsions, rigidité, myoclonies

Signe de détresse : hypoxie malgré O₂, hypoglycémie, acidose métabolique

Mégarbane, Réanimation 2015; RFE SRLF-SFMU 2020; Holstege et al., “Clinical Management of Poisoned Patients – Toxidromes” 2017; Hoffmann & Nillas, “Toxidromes and a general approach to poisoning” 2024, Perrier--Carlat, J. 2022



Examen clinique initial & signes de gravité devant une IMV

Conscience : GCS, coma (GCS < 14 = signe de gravité), agitation extrême ou confusion sévère

Ventilation : fréquence respiratoire <10 ou > 30/min., apnée = signe de gravité, encombrement massif

Circulation : hypotension artérielle, choc, marbrures, extrémités froides, tachycardie sévère, bradycardie profonde

Température : hyperthermie (> 39 °C) ou hypothermie profonde

Signes neuromusculaires : convulsions, rigidité, myoclonies

Signe de détresse : hypoxie malgré O₂, hypoglycémie, acidose métabolique

Mégarbane, Réanimation 2015; RFE SRLF-SFMU 2020; Holstege et al., “Clinical Management of Poisoned Patients – Toxidromes” 2017; Hoffmann & Nillas, “Toxidromes and a general approach to poisoning” 2024, Perrier--Carlat, J. 2022



Examen clinique initial & signes de gravité devant une IMV

Conscience : GCS, coma (GCS < 14 = signe de gravité), agitation extrême ou confusion sévère

Ventilation : fréquence respiratoire <10 ou > 30/min., apnée = signe de gravité, encombrement massif

Circulation : hypotension artérielle, choc, marbrures, extrémités froides, tachycardie sévère, bradycardie profonde

Température : hyperthermie (> 39 °C) ou hypothermie profonde

Signes neuromusculaires : convulsions, rigidité, myoclonies

Signe de détresse : hypoxie malgré O₂, hypoglycémie, acidose métabolique

Mégarbane, Réanimation 2015; RFE SRLF-SFMU 2020; Holstege et al., “Clinical Management of Poisoned Patients – Toxidromes” 2017; Hoffmann & Nillas, “Toxidromes and a general approach to poisoning” 2024, Perrier--Carlat, J. 2022



Examen clinique initial & signes de gravité devant une IMV

Conscience : GCS, coma (GCS < 14 = signe de gravité), agitation extrême ou confusion sévère

Ventilation : fréquence respiratoire <10 ou > 30/min., apnée = signe de gravité, encombrement massif

Circulation : hypotension artérielle, choc, marbrures, extrémités froides, tachycardie sévère, bradycardie profonde

Température : hyperthermie ($> 39^{\circ}\text{C}$) ou hypothermie profonde

Signes neuromusculaires : convulsions, rigidité, myoclonies

Signe de détresse : hypoxie malgré O_2 , hypoglycémie, acidose métabolique

Mégarbane, Réanimation 2015; RFE SRLF-SFMU 2020; Holstege et al., "Clinical Management of Poisoned Patients – Toxidromes" 2017; Hoffmann & Nillas, "Toxidromes and a general approach to poisoning" 2024, Perrier--Carlat, J. 2022



Examen clinique initial & signes de gravité devant une IMV

Conscience : GCS, coma (GCS < 14 = signe de gravité), agitation extrême ou confusion sévère

Ventilation : fréquence respiratoire <10 ou > 30/min., apnée = signe de gravité, encombrement massif

Circulation : hypotension artérielle, choc, marbrures, extrémités froides, tachycardie sévère, bradycardie profonde

Température : hyperthermie (> 39 °C) ou hypothermie profonde

Signes neuromusculaires : convulsions, rigidité, myoclonies

Signes de détresse : hypoxémie malgré O₂, hypoglycémie (dextro ++), acidose métabolique

Mégarbane, Réanimation 2015; RFE SRLF-SFMU 2020; Holstege et al., “Clinical Management of Poisoned Patients – Toxidromes” 2017; Hoffmann & Nillas, “Toxidromes and a general approach to poisoning” 2024, Perrier--Carlat, J. 2022



Examen clinique initial & signes de gravité devant une IMV

Conscience : GCS, coma (GCS < 14 = signe de gravité), agitation extrême ou confusion sévère

Ventilation : fréquence respiratoire <10 ou > 30/min., apnée = signe de gravité, encombrement massif

Circulation : hypotension artérielle, choc, marbrures, extrémités froides, tachycardie sévère, bradycardie profonde

Température : hyperthermie (> 39 °C) ou hypothermie profonde

Signes neuromusculaires : convulsions, rigidité, myoclonies

Signe de détresse : hypoxie malgré O₂, hypoglycémie, acidose métabolique

-> Ces éléments priment sur tout score (ETC, MPDS, PSS non recommandés)

Mégarbane, Réanimation 2015; RFE SRLF-SFMU 2020; Holstege et al., “Clinical Management of Poisoned Patients – Toxidromes” 2017; Hoffmann & Nillas, “Toxidromes and a general approach to poisoning” 2024, Perrier--Carlat, J. 2022



Toxicodromes : outil clé de l'urgentiste

Définition : ensemble des symptômes cliniques, biologiques et/ou ECG évocateur d'une pathologie toxique. Ces symptômes sont la conséquence directe de l'action toxicodynamique des xénobiotiques.

Quand penser à une origine toxique ? Devant tout coma sans signes focaux

Pourquoi les toxicodromes sont essentiels ?

- Ils orientent vers une **classe de toxiques** quand l'anamnèse est incertaine
- Leurs reconnaissances permettent de traiter précocement les éventuelles défaillances vitales
- Ils déterminent s'il existe une indication à un antidote, une décontamination ou un traitement épurateur
- Ils guident les examens complémentaires
- Ils déterminent le **niveau de surveillance** (simple VS réanimation)
- Intéressant si incohérence clinique / médicament -> souvent formes frustres : penser à l'intoxication polymédicamenteuse -> CAP ou centre expert ++ (⚠ une même classe médicamenteuse ou un même produit peut induire un ou plusieurs toxicodromes !)

Mégarbane 2011 ; RFE communes SRLF – SFMU 2020; Hoffman & Nillas, Arch Dis Child 2024 ; Delacour, SFMC 2023.



Principaux toxicodromes utiles et leurs signes clés

Syndrome de myorelaxation → BZD, alcool

Syndrome opioïde → Morphine, méthadone

Syndrome anticholinergique → TCA, antihistaminiques H1 sédatifs

Syndrome sérotoninergique → ISRS, IMAO

Si le patient est rouge, confus et tachycarde -> touchez sa peau

Syndrome sérotoninergique



Syndrome anticholinergique



Mégarbane 2014. Hoffman & Nillas 2024 ; Delacour 2023



ECG : examen pivot chez tout patient intoxiqué

-> **Obligatoire** devant toute suspicion d'IMV

Prédicatif d'événements cardiovasculaires aigus (ECVA) : 5 à 15 % d'ECVA parmi toutes les intoxications médicamenteuses

- Etat de choc
- Arythmie ventriculaire
- Arrêt cardiaque
- Lésion myocardique

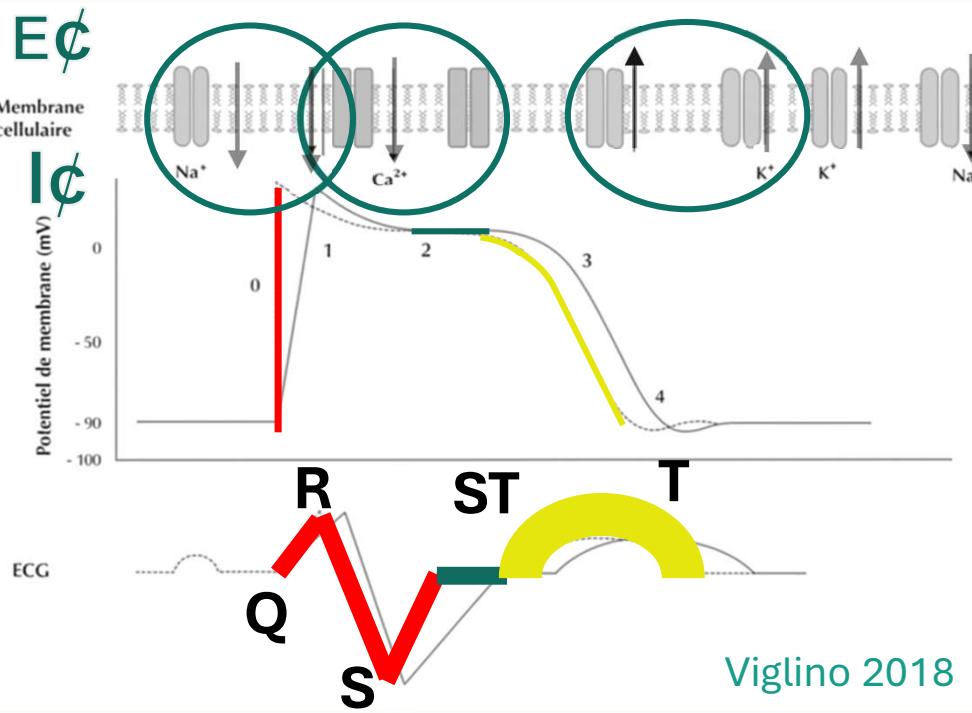
Évalue :

- Fréquence, rythme (sinusal / arythmie)
- Largeur du QRS
- QTc, QTD
- Signes d'ischémie

Références : Manini, Acad Emerg Med 2015 ; Manini, J Am Heart Assoc 2017



ECG : physiologie (canaux K^+ , canaux Na^+)



Dépolarisation ventriculaire (Phase 0)

- Entrée massive de Na^+ par les canaux Na^+ → montée rapide du PA intraventriculaire
- = QRS sur l'ECG

Contraction ventriculaire (Phase 2)

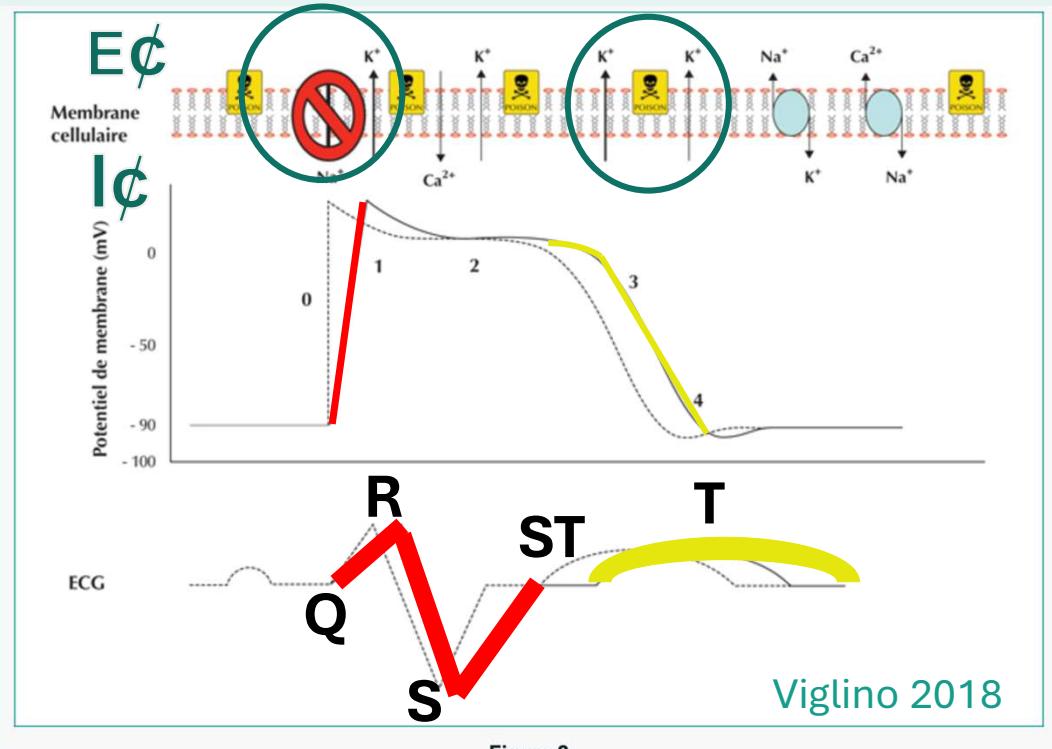
- Entrée de Ca^{2+} → plateau → contraction
- = segment ST

Repolarisation ventriculaire (Phase 3)

- = « réarmement des cellules »
- Sortie de K^+ → retour au potentiel de repos
- = onde T sur l'ECG



ECG : physiopathologie (canaux K⁺, canaux Na⁺)



Blocage canaux Na⁺

Ralentissement de la dépolarisation ventriculaire
Réduction de la vitesse de conduction intraventriculaire
Allongement du QRS

Blocage canaux K⁺

Ralentissement de la repolarisation ventriculaire
Allongement du QT : onde T aplatie et prolongée

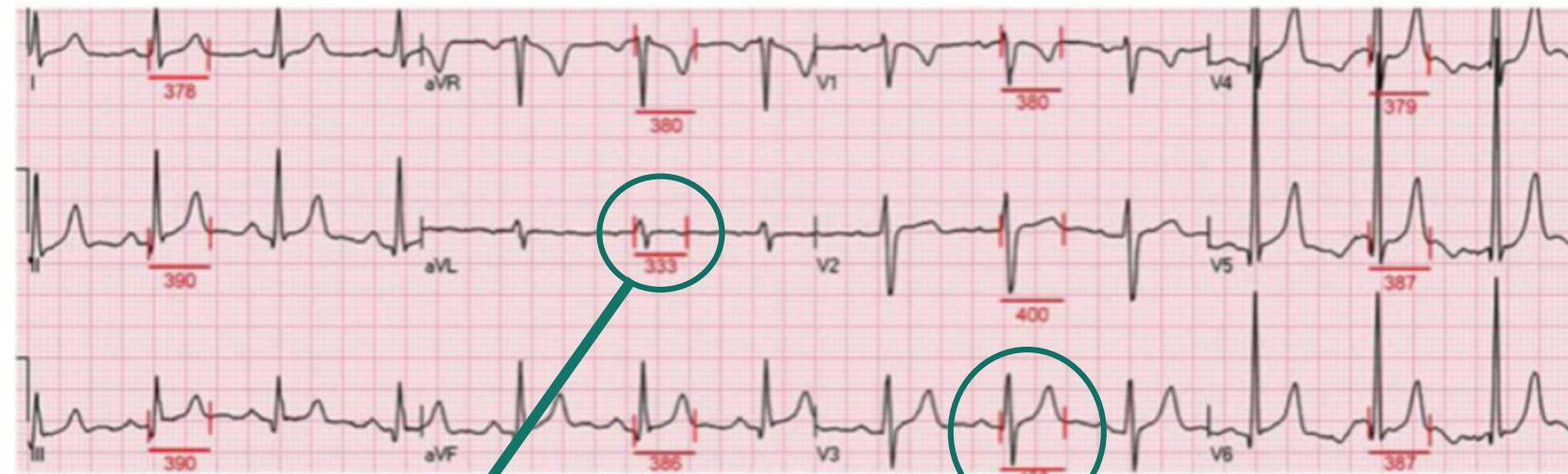
Beaucoup
d'arythmies

1 : Forte

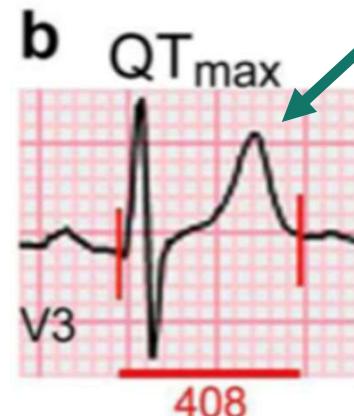
2 : Faible

3 : S

A



B



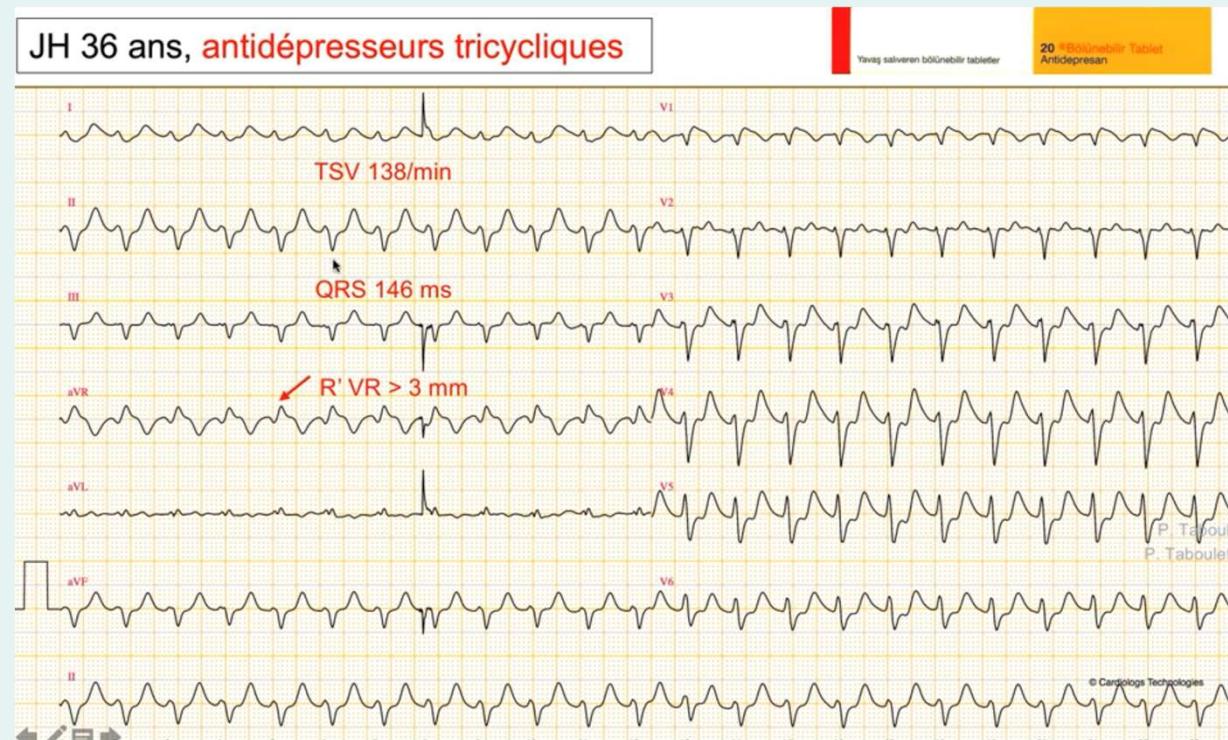
c

$QT \text{ dispersion} =$
 $= QT_{max} - QT_{min} =$
 $= 408 - 333 =$
 $= 75 \text{ ms}$

Source EMDOCS



Blocage des canaux Na^+ , $\text{QRS} \geq 120 \text{ ms}$, onde R en aVR > 3 mm



signe plus tardif mais beaucoup plus spécifique (80–90 %) d'un blocage des canaux sodiques

Taboulet - ECG Toxique. Intoxication. Réanimation. Médicaments ; Boehnert MT 1985 N Engl J Med; Kashani J, 2000 J Toxicol : Clin Toxicol

ECG : physiopathologie (K^+ , Na^+ , QT, QRS)

Hiérarchie fréquente : canaux K^+ (QT) touchés avant Na^+ (QRS)

Cette dynamique explique pourquoi **le QTc et la dispersion du QT (QTD): critères prédictifs et pronostics d'ECVA**

3 remarques :

- ⚠ Exception : AA de classe 1C (FLÉCAÏNE®, RYTHMOL®), cocaïne → forte affinité Na^+ → QRS large à faibles doses
- ⚠ Le QTc peut être difficile à interpréter quand le QRS est très large (TCA, quinine...)
- ⚠ L'effet stabilisant de membrane se manifeste relativement rapidement et impose une surveillance de 24 à 48h minimum

Manini 2015 ; Manini 2017 ; SRLF 2020



QTc, dispersion QT et risque cardiovasculaire

Études de cohorte (Manini) :

- **QTc > 500 ms** : → Odds ratio ≈ 11 pour un ECVA
- **QTD augmenté** → forte association avec survenue d'arythmies
- Autres facteurs indépendants :
 - **rythme non sinusal**
 - **extrasystoles ventriculaires**
 - **signes d'ischémie**

→ L'ECG de triage stratifie le risque et peut aider à décider :
simple surveillance / hospitalisation / reanimation

-> **ECG répétés ++**

Manini 2015 (Acad Emerg Med) ; Manini 2017 (JAHA).

Variables de l'ECG	N	OR	OU (CI)	OR ajusté (IC)
QT corrigé (QTc)				
Sévère ≥ 500 ms b	23	11.2 (4.6-27)		16.1 (6.6-38.8)
Prolongé ≥ 470 ms b	99	2.7 (1.5-4.6)		2.8 (1.7-4.8)
Rythme ECG				
Rythme non sinusal b	29	8.9 (3.9-19.9)		12.8 (4.7-34.8)
Ectopie b	23	5.3 (2.2-12.3)		5.2 (1.9-14.3)
Ischémie/infarctus				
Ischémie b	72	5.0 (2.9-8.5)		3.9 (2.1-7.2)
Infarctus c	60	2.3 (1.2-4.2)		1.7 (0.8-3.3)
Dispersion QT (QTD)				
Sévère ≥ 50 ms c	102	2.2 (1.3-3.7)		2.0 (1.1-3.5)
seuil ROC ≥ 35 ms b	261	3.1 (1.9-4.9)		2.8 (1.7-4.6)
Preuve du blocage des canaux Na				
R _{avr}	82	1.7 (0.98-3.1)		2.0 (1.1-3.7)
QRS ≥ 100 ms b	100	4.4 (2.7-7.1)		4.1 (2.4-7.0)



Bilan spécifique (1/2) : paracétamolémie

Paracétamolémie recommandée quasi systématiquement dans les IMV :

Toxique **lésionnel initialement asymptomatique**

Ingestion souvent **occultée** ou sous-estimée (20–40 % des cas)

Les guidelines anglo-saxonnes (UK, ANZ) défendent un dosage systématique pour toute IMV.

Diagnostic change complètement la prise en charge :

- indication de N-acétylcystéine (NAC)
- suivi biologique hépatique

SRLF 2020 ; Chiew, Clin Toxicol 2018 ; RCEM UK 2025



Bilan spécifique (2/2) : autres dosages

À faire si exposition possible / probable :

- **Salicémie.**
- **Lithémie** (patients sous lithium)
- **Digoxinémie** (patients sous digitaliques)

NON recommandé en systématique :

- Dépistage toxicologique urinaire : peu d'impact sur l'orientation, retard de PEC
- Dépistage “large spectre” sanguin : réservé aux cas graves ou médico-légaux

•

Références : SRLF 2020 ; SFMU 2021 ; Schiller, Psychiatr Serv 2000



Femme en âge de procréer : β -HCG obligatoire

Taux de grossesse chez les patientes intoxiquées :

- faible mais **non négligeable** ($\approx 1,6\text{--}3\%$)
- IMV chez femme découverte enceinte : majoritairement un seul médicament -> paracétamol ++
- IMV chez femme enceinte connue : plurimédicamenteux (paracétamol souvent associé)

Impact majeur :

- risque de fausse couche précoce
- risques tératogènes de certains toxiques
- prématurité, complications obstétricales
- l'utilisation d'antidotes ou traitements à visée psychiatrique potentiellement nocifs pour le fœtus (**pas de recommandation formelle** imposant un dosage systématique des β -HCG avant l'instauration d'un traitement à visée psychiatrique (hormis dépakote))
- Evaluer le lien potentiel entre cette intoxication et une grossesse non désirée

-> **β -HCG doit être systématique** chez toute femme en âge de procréer, sauf grossesse impossible (hystérectomie, ménopause certaine...)*

*Hors recommandations RFE SRLF-SFMU 2020

Perrone 1997; Salter, Clin Audit 2022 ; SFMU 2021 ; Czeizel 1997 ; Gandhi 2006 ; McClure 2011.



Bilan systématique : le noyau dur

À faire devant toute suspicion d'IMV :

- Constantes vitales, température, glycémie capillaire
- Examen clinique complet - recherche de signes de gravité et de toxidromes
- ECG 12 dérivations
- β-HCG* chez toute femme en âge de procréer
- Paracétamolémie*
- Optionnel selon contexte : NFS, ionogramme sanguin, alcoolémie, BH, lactates, GDS ...

*Hors recommandations RFE SRLF-SFMU 2020

SFMU 2021 ; SRLF 2020 ; CE-MIR 2019.



Intégration de l'examen clinique et du bilan dans l'orientation

- Si examen clinique **normal**, ECG normal, toxidrome peu évocateur, toxique fonctionnel probable → bilan minimal + surveillance courte
- Si examen clinique **instable** (coma, hypotension, convulsions), toxidrome évocateur de toxique lésionnel ou cardiotoxique, ECG anormal → bilan étendu + surveillance prolongée ou réanimation
- Le toxidrome guide le **type d'examens** (ex : ESM→ QRS, QTc, électrolytes, lactates)
- Importance de répéter l'ECG et l'examen clinique car l'évolution peut être retardée**

RCEM UK “Management of Patients with Suspected but Unidentified Poisoning” 2025. RCEM Mégarbane, “Toxicology-based Approach to Common Poisonings” 2014. apjmt.mums.ac.ir



Durée de surveillance : Surveillance courte (4-6 h) si :

- > Toxique **fonctionnel** identifié à faible risque,
- > Forme **non LP**,
- > Patient **asymptomatique** avec GCS ≥ 14 ,
- > **ECG normal** (QTc, QRS, rythme),
- > Pas de comorbidité majeure

Keenan JP *J Med Toxicol.* 2023 ; Hoffman RS *Emergency Medicine: Clinical Essentials.* 2019 ; BMJ Best Practice. *Toxic ingestions in children.* 2023 ; California Poison Control. *Beta-blocker toxicity guidelines.* 2020 ;SFMU 2021; CE-MIR 2019 ; Viglino 2018 ; O'Malley, G. F. 2025 General principles of poisoning. MSD Manual Professional



Surveillance prolongée (12–24 h et plus)

- ⚠️ Toxique lésionnel (paracétamol, lithium ...)
- ⚠️ Forme LP
- ⚠️ Polyintoxication ou incertitude majeure
- ⚠️ Dose massive ou heure d'ingestion inconnue / tardive
- ⚠️ Anomalies ECG (QTc > 500 ms, QRS élargis, arythmies)
- ⚠️ La durée dépend de la cinétique attendue du toxique et du risque de décompensation tardive

SRLF 2015 ; SRLF 2020 ; SFMU 2021 Manini 2017



Indications de réanimation

- Patients présentant une **défaillance d'organe** (neurologique, respiratoire, hémodynamique)
- Intoxications avec **cardiotoxicité** (QRS élargi, QTc très long, troubles du rythme, choc)
- Intoxications par toxiques à **risque de défaillance retardée** (colchicine, certains cardiotoxiques)
- Nécessité d'**antidotes complexes** (ex : certains antitoxiques spécifiques) ou d'**épuration extrarénale** (lithium...)

RFE SRLF-SFMU 2020 ; SRLF 2015



Dimension psychiatrique et cognition

Toute IMV impose une **évaluation psychiatrique**.

Celle-ci doit être faite **après stabilisation somatique ET après récupération cognitive suffisante**.

Dépresseurs du SNC (benzodiazépines, antipsychotiques, opiacés) :

- Altèrent la vigilance
- Peut perturber l'attention et la mémoire pendant 24–48 h

- → Un entretien trop précoce peut être peu fiable et mal intégré par le patient.

SFMU 2021 ; Dassanayake, Traffic Inj Prev 2012 ; Salles, J Psychopharmacol 2019



Messages clés : Pas de bilan systématique lourd

L'examen clinique et les **toxidromes** sont au centre de la décision.

L'ECG est un **outil pronostique majeur** (QTc, , dispersion QT, QRS).

→ ECG, glycémie, β-HCG* et paracétamolémie* sont les **incontournables**.

La durée de surveillance dépend :

- du toxique (fonctionnel vs lésionnel)
- de la galénique (LP vs immédiate)
- de l'ECG
- de la clinique
- de la grossesse

-> Nécessité d'une **coordination étroite** Urgences – CAP – Réanimation – Psychiatrie – Obstétrique

*Hors recommandations RFE SRLF-SFMU 2020

SRLF 2020 ; SFMU 2021 ; Manini 2015/2017 ; Salter 2022



IMV – Fiche mémo

- **SYSTÉMATIQUE** : examen clinique (gravité + toxicodromes), constantes, glycémie, **ECG**, β -HCG*, paracétamol*
- **CIBLÉ** : paracétamol, salicylés, lithium, digoxine (si ingestion possible)
- **SURVEILLANCE 4-6 h** : toxique fonctionnel, forme LI, asymptomatique, ECG normal
- **SURVEILLANCE PROLONGÉE** : toxique lésionnel, LP, ECG anormal, polyintoxication, dose massive/heure inconnue
- **RÉANIMATION** : défaillance d'organe, toxicité cardiaque, risque de défaillance retardée
- **PSYCHIATRIE** : après stabilisation et récupération cognitive suffisante

*Hors recommandations RFE SRLF-SFMU 2020



MERCI DE VOTRE ATTENTION

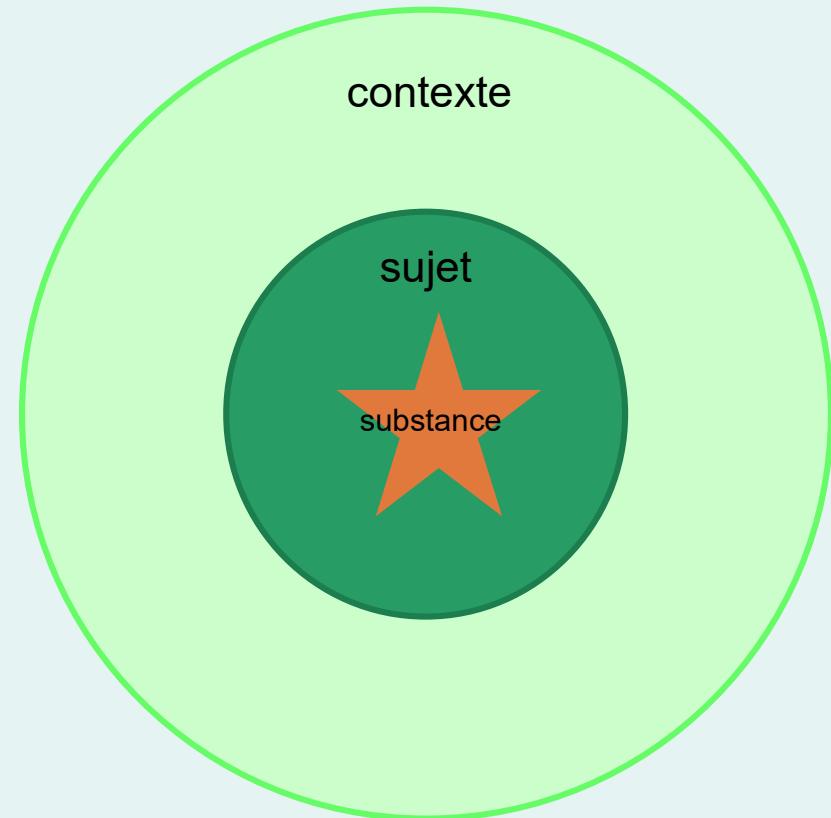


Les limites et biais de l'évaluation des Intox Volontaire aux SU?

- ✓ On arrive après le PAA
- ✓ L'absence de demande
- ✓ Le cadre de l'entretien
- ✓ Le temps contraint de l'urgence
- ✓ L'escalade aux urgences en amont de l'entretien



Intox Volontaire = rencontre entre un sujet, un contexte , une substance





Le choix de la substance

Quel(s) effet(s) attendu(s)?

Connaissance de la léthalité potentielle?

Rapport du sujet à la substance : quel lien ?

Si la substance est un médicament:
prescrit ?

- Prescription récente?
- Traitement habituel?
- Traitement d'un.e autre





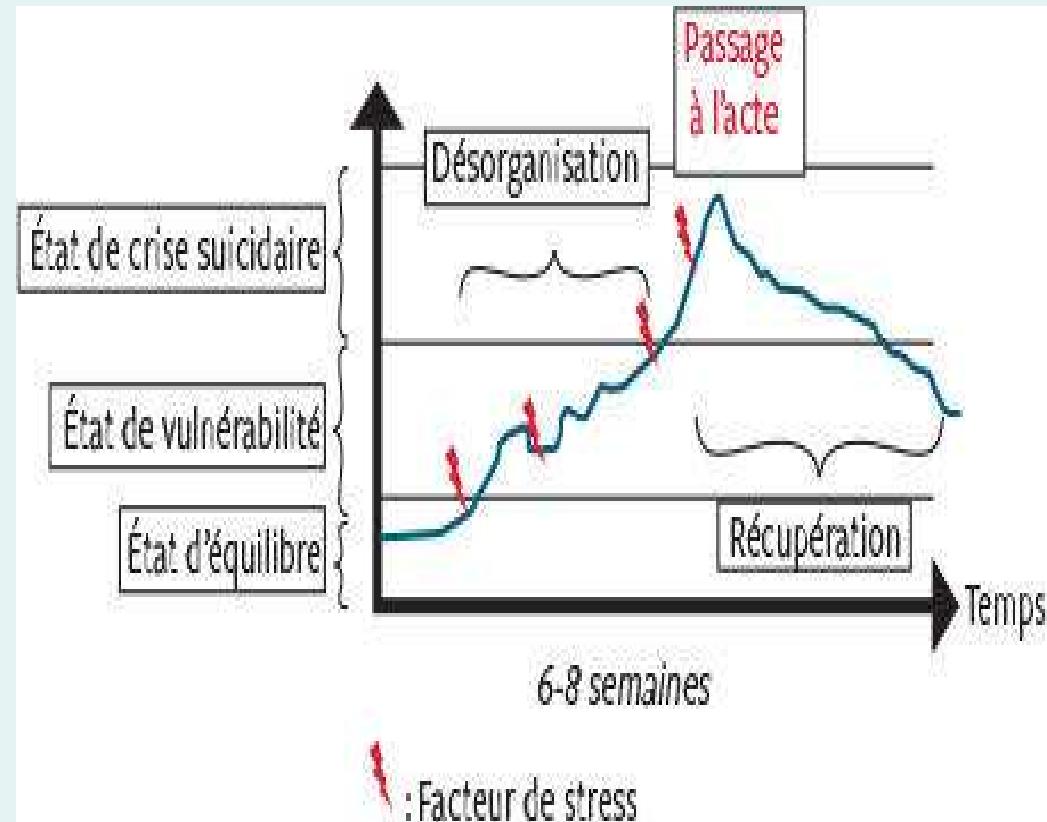
L'évaluation clinique du sujet

- Biais de l'évaluation en phase de récupération
- Recherche d'éléments de gravité psychiatrique :
 - Humeur
 - Délire
 - Impulsivité
 - Addictions
- Prévalence actuelle des troubles de la personnalité
- peu de troubles psychiatriques caractérisés



L'évaluation du contexte

- ✓ L'importance des éléments recueillis en préhospitalier
- ✓ L'identification rétrospective du processus de crise
- ✓ Piège de l'entretien unique
- ✓ La sollicitation des intervenants de l'environnement du sujet





La décision

- ✓ Le risque de récidive : le RUD ?
- ✓ Hospitalisation ?
 - De plus en plus rare
 - Pour quoi faire
 - Critères ?
- ✓ RAD ou RAR?
 - PU
 - Vigilans
 - Suivi
- ✓ Prolonger le temps de l'évaluation
 - ✓ lits d'urgence psy
 - ✓ Centres de crise
 - ✓ Crise ambulatoire



Et finalementLes limites et biais de l'évaluation des Intox Volontaires aux SU...?

- ✓ On arrive après le PAA ---> mais l'évaluation rétroactive du processus de crise est possible
- ✓ l'absence de demande ----> de l'art d'introduire la question psychique là où le corps a été réparé
- ✓ Le cadre de l'entretien ---> le métacadre mis en place
- ✓ Le temps de l'urgence ---> peut se déployer
- ✓ L'escalade aux urgences en amont de l'entretien ---> sensibilisqtion des équipes des SU