



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 toxidromes
- 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 complication
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 %

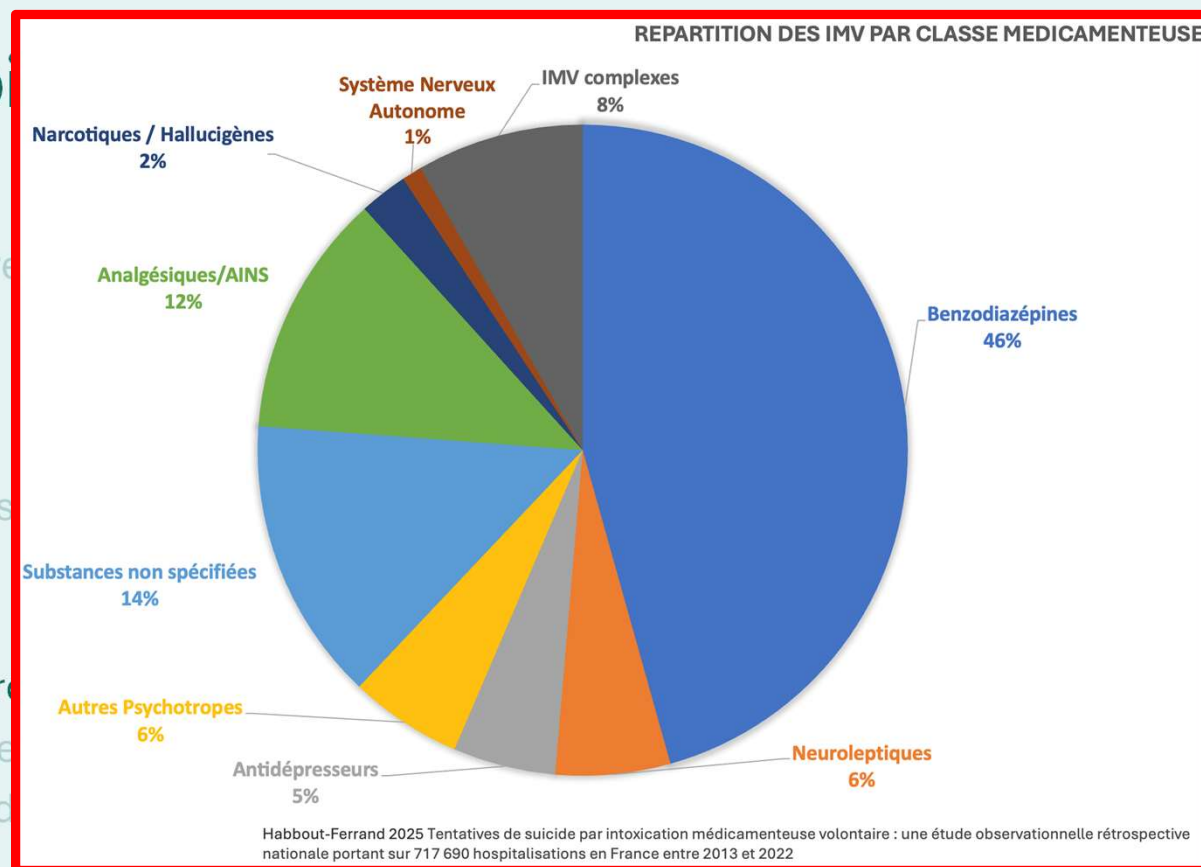
Mortalité par cardiotropes entre 5 et 25 %

5 % des patients sans détresse vitale initiale présentent 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 °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 ($> 39^{\circ}\text{C}$) 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 ($> 39^{\circ}\text{C}$) 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 ($> 39^{\circ}\text{C}$) 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

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

Signes neuromusculaires : convulsions, rigidité, myoclonies

Signe de détresse : hypoxie malgré O_2 , 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



Toxidromes : 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 toxidromes 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 frustrées : penser à l'intoxication polymédicamenteuse -> CAP ou centre expert ++ (⚠ une même classe médicamenteuse ou un même produit peut induire un ou plusieurs toxidromes !)

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



Principaux toxidromes 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

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

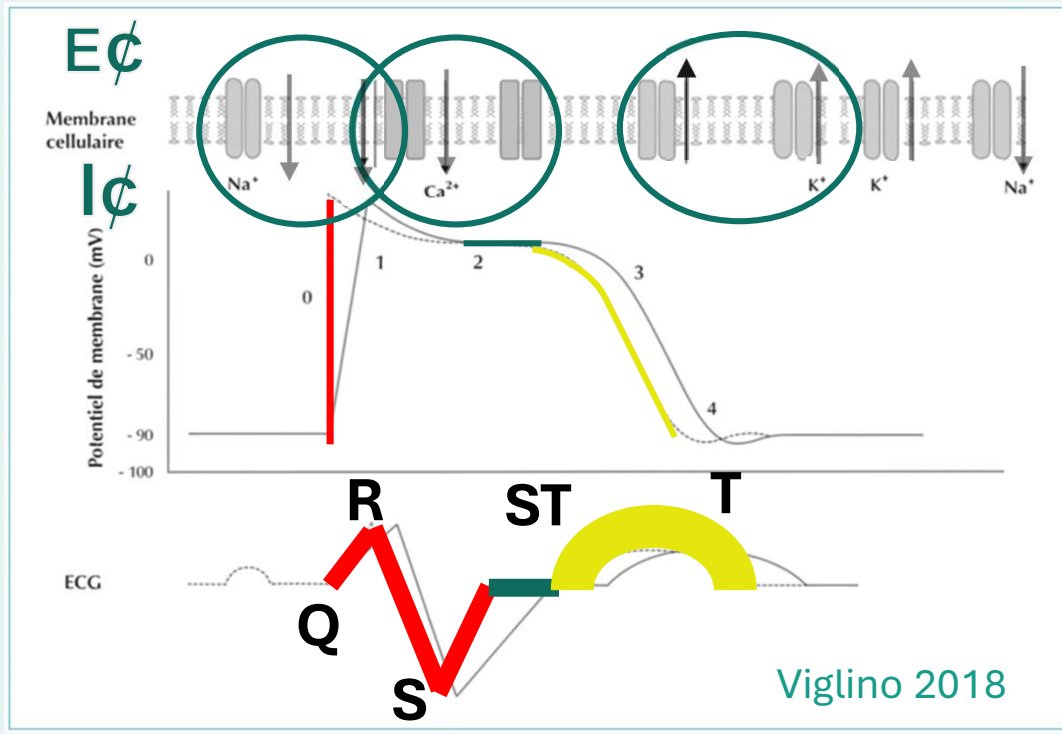
- Etat de choc
- Arythmie ventriculaire
- Arrêt cardiaque
- Lésion myocardique

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^+)

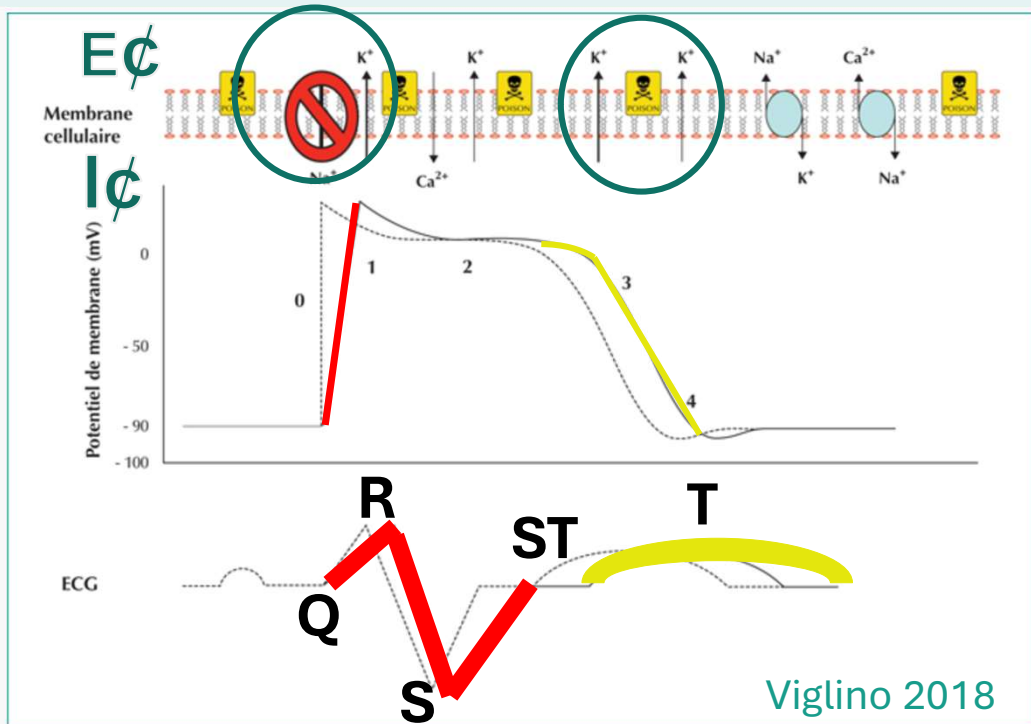


Figure 2

Viglino 2018

Blocage canaux Na^+

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

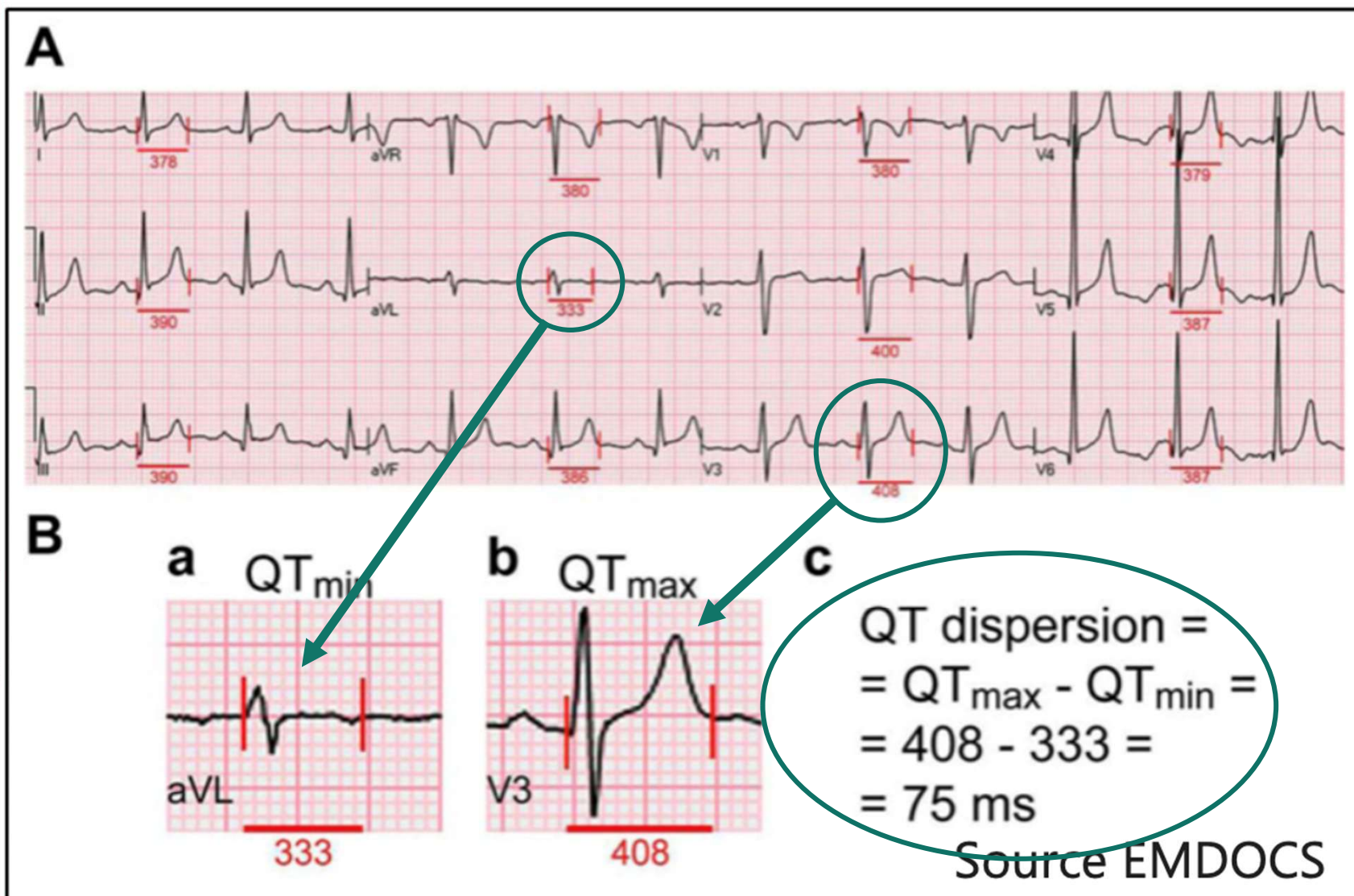
Blocage canaux K^+

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

Beaucoup
antiaryth

1 : Forte

2 : Faible



S

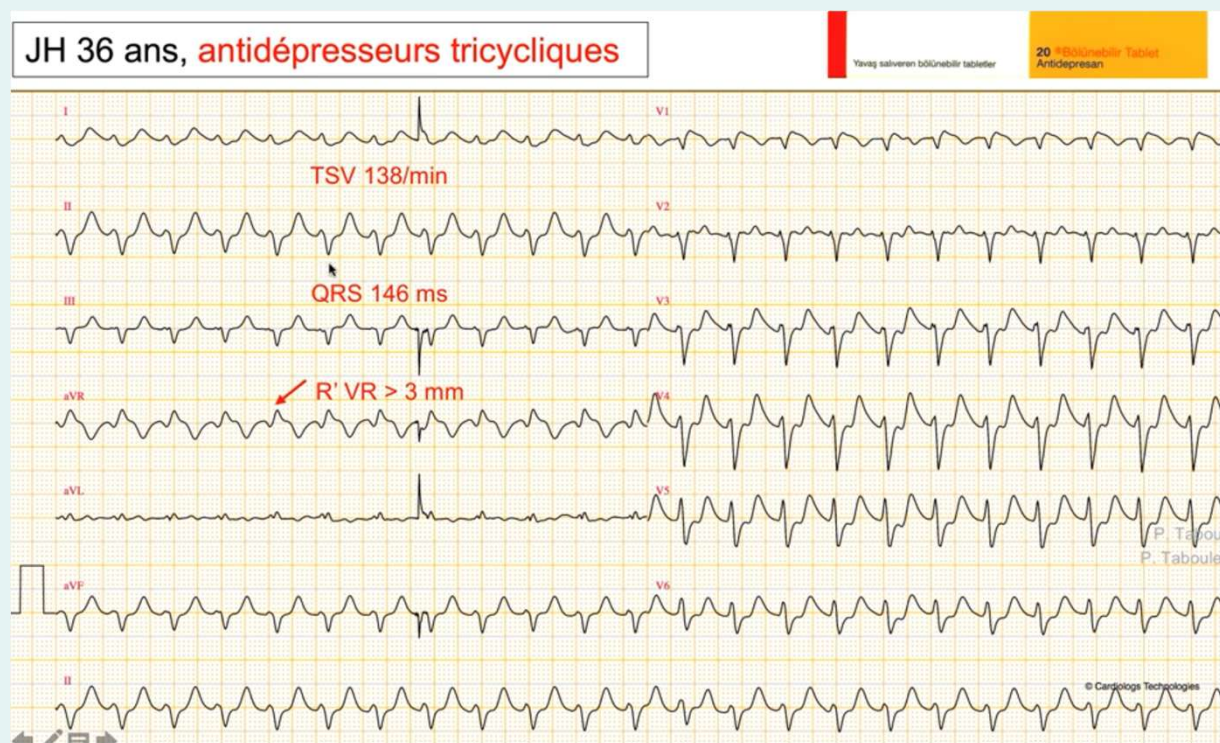
que R/T :TDP

des QRS
le membrane

7 ; SRLF 2020



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



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 / réanimation

-> **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 :

- **Salicylémie.**

- **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** ($\approx 1,6-3\%$)
- IMV chez femme découverte enceinte : majoritairement un seul médicament \rightarrow 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

\rightarrow **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, "Toxidrome-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 $GCS \geq 14$,
- > **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 + toxidromes), 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

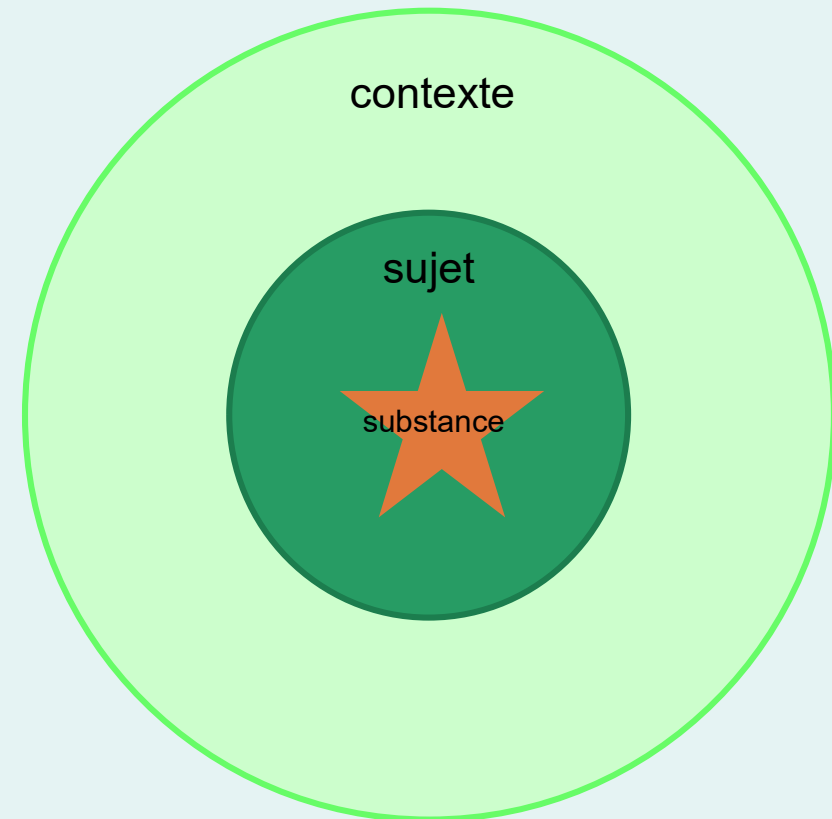


Les limites et biais de l'évaluation des Intox Volontaire aux SU?

- ✓ 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





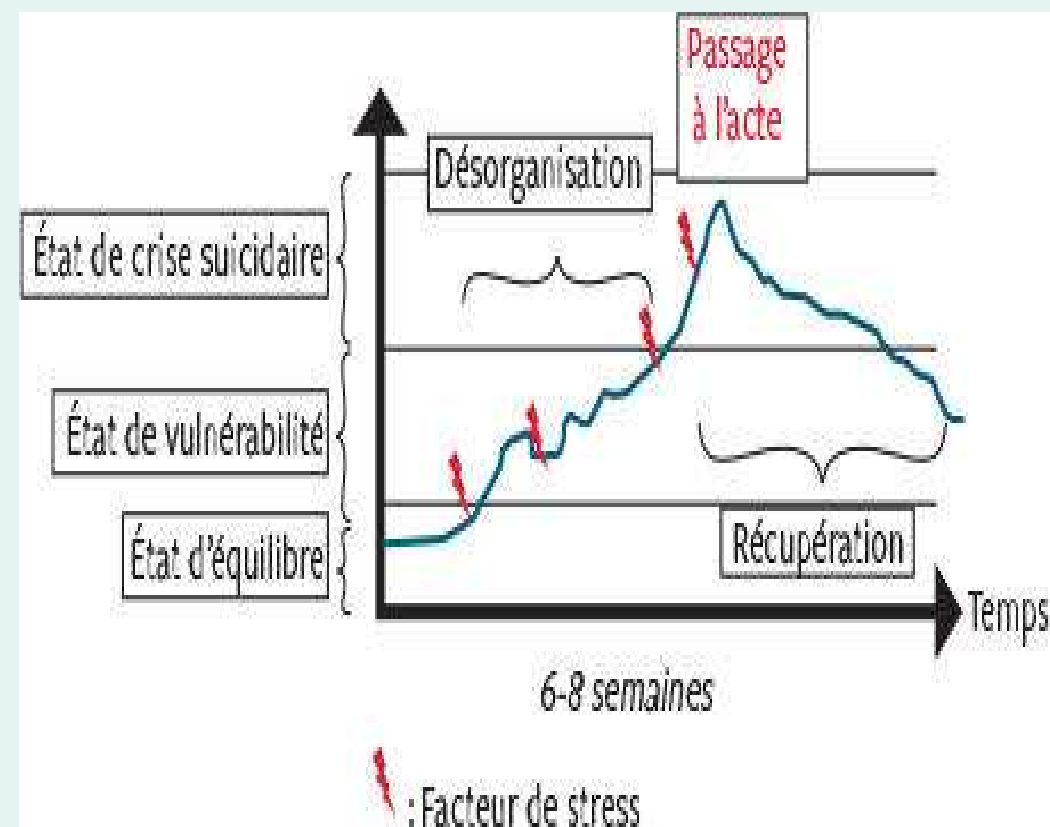
L'évaluation clinique du sujet

- 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 récurrence : 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 finalement ...

...Les 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 ---> sensibilisation des équipes des SU